

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 440.

DU
CANCER AIGU
DU FOIE

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Mars 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jules RIOUFOL

Né le 17 Juillet 1874, à Rillieux (Ain).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL 4

—
Mars 1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 110.

DU
CANCER AIGU
DU FOIE

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

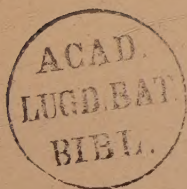
Et soutenue publiquement le 22 Mars 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jules RIOUFOL

Né le 17 Juillet 1874, à Rillieux (Ain).



LYON

A REY, IMPRIMEUR ÉDITEUR DE L'UNIVERSITE

4, RUE GENTIL, 4

—
Mars 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	BARD.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.)—
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVE-JOSSERAND
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUG.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BARD, Président ; M. COURMONT, Assesseur ;

MM. PIC et NOVE-JOSSERAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Nous sommes heureux, au début de cette thèse, d'adresser à M. le professeur Bard nos sincères remerciements, tout d'abord pour l'aide qu'il a bien voulu nous donner dans le choix de notre sujet et surtout pour les précieuses indications qu'il nous a fournies tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique.

INTRODUCTION

Quand on prononce le mot de cancer, on éveille immédiatement dans l'imagination l'idée d'une affection à marche bien caractérisée, mais surtout lente et progressive. On a cependant admis, d'une façon générale, que les néoplasmes viscéraux avaient une évolution plus rapide et, parmi ceux-ci, les tumeurs cancéreuses du foie sont certainement de celles dont le pronostic est le plus vite fatal.

En compulsant les traités spéciaux on obtient, comme durée moyenne des affections hépatiques cancéreuses, le chiffre de six mois à deux ans, chiffre variant d'ailleurs un peu, suivant les formes anatomo-pathologiques.

Un cas de cancer du foie à marche extrêmement rapide, observé chez M. le professeur Bard, à l'hôpital Saint-Pothin, a attiré notre attention et nous a engagé à rechercher si nous ne trouverions pas d'exemples, peut-être plus nombreux qu'on ne le pense, de faits analogues. En compulsant de très nombreuses observations publiées de cancer primitif hépatique, nous avons vu que ce mode

d'évolution était loin d'être exceptionnel et nous avons pu réunir seize cas, qui nous ont paru suffisamment probants. Ces observations, en général très détaillées, nous ont permis de tirer, au point de vue symptômes et diagnostic, quelques conclusions que nous énumérons plus loin. Les examens macroscopiques et microscopiques des pièces provenant des autopsies nous ont aussi fourni quelques renseignements utiles, relatifs aux formes anatomopathologiques de ces tumeurs cancéreuses.

DU CANCER AIGU DU FOIE

CHAPITRE PREMIER

Nous nous sommes basés, pour la recherche et le choix de nos observations, sur ce fait que la durée généralement admise pour l'évolution du cancer primitif du foie est de six mois à un an.

Or, les cas sur lesquels nous appuyons notre thèse peuvent être divisés en deux groupes. Dans l'un, et c'est le plus typique, la tumeur évolue en quelques semaines ou même quelques jours ; dans l'autre, la phase suraiguë n'est que la phase terminale, précédée d'une période où la maladie avait évolué d'une façon à peu près latente.

Nous poserons donc en principe : 1° que tout cancer primitif du foie dont la durée totale est inférieure à huit semaines est un *cancer aigu* ; 2° que tout cancer primitif du foie, ne s'étant manifesté jusque-là par aucun symptôme important, ni caractéristique et se terminant en une période de moins de huit semaines, par des accidents plus nets, es un *cancer à marche subaiguë*.

Il est d'ailleurs tout naturel que cette notion si importante de marche rapide ait déterminé l'ordre dans lequel nous avons placé nos observations, d'autant plus que cette même classification a une certaine importance au point de vue symptômes et diagnostic.

OBSERVATION I

(N° 3552 de la collection de M. le professeur Bard.)

J... Eugène, trente-quatre ans, verrier, demeurant chemin de Gerland, 6.

Entré le 1^{er} mars 1897. Mort le 9 mars à 6 heures du matin.

Diagnostic : Hépatite interstitielle aiguë. Evolution en cinq semaines.

Alcoolisme. Erysipèle de la face récent.

Père et mère actuellement vivants et bien portants, trois frères et deux sœurs bien portants.

Pas de maladie antérieure : jamais de syphilis ; alcoolisme (3 à 4 verres d'absinthe, 2 petits verres et 2 litres de vin par jour).

Erysipèle ayant débuté le 25 décembre et s'étant terminé dix jours plus tard. Le malade ne peut reprendre son travail qu'au milieu de janvier. Il y a quatre semaines qu'il a dû l'interrompre à nouveau, à la suite de douleurs irradiées dans la jambe gauche, de la perte d'appétit et de la faiblesse.

Depuis le début, les douleurs ont été en s'accroissant et sont étendues à la jambe droite.

Etat actuel. — Le malade se plaint surtout de douleurs spontanées à l'occasion des mouvements, irradiées dans toute la jambe gauche. Le malade indique lui-même la partie postérieure de la cuisse et de la jambe. D'autre part, la pression tout le long du sciatique détermine de la douleur. Ces douleurs apparaissent vers 11 heures du soir et disparaissent le matin. Parfois, lorsqu'elles sont très intenses, elles s'irradient dans la partie postérieure de la jambe droite. La pression le long du sciatique droit est faiblement douloureuse.

Signe de Lasègue très net aux deux membres intérieurs, plus marqué à droite.

Exagération des réflexes rotuliens, plus marquée à gauche. Le malade est obligé de garder le lit, la marche étant très doulou-

reuse. Il boite surtout en s'inclinant à gauche. Au repos, il met immédiatement en relâchement les muscles de la jambe gauche.

Pas d'atrophie appréciable des muscles des jambes.

Au cœur.— A la pointe, exagération de la vibration valvulaire qui est dure et se diffuse peu. Le choc musculaire est à peine perçu. A l'auscultation, à la pointe, éclat du premier bruit. Pas de bruit de souffle.

Au poumon et en arrière, gros râles sibilants fugaces.

Expectoration muqueuse avec quelques filets purulents ; quelques stries de sang rutilant, ne provenant pas des bronches ni du poumon.

Toux peu marquée, ayant débuté il y a trois semaines.

Urines. — Pas d'albumine.

4 mars. — Le malade affirme n'avoir présenté aucun trouble notable avant son érysipèle, si ce n'est quelques pituites le matin, et des diarrhées transitoires, auxquelles il est assez sujet.

Le début de l'érysipèle de la face a été brusque, mais le rétablissement très lent, et le malade n'a pu reprendre son travail que difficilement et par intermittences, dès la deuxième semaine de janvier.

Actuellement, l'état général est peu satisfaisant : teinte subictérique des conjonctives ; langue étalée, opaline.

Les douleurs dans les membres inférieurs persistent, inégalement irradiées ; pas d'œdème.

L'abdomen est un peu saillant. La matité hépatique commence en haut à la cinquième côte et mesure 26 centimètres sur la ligne mamelonnaire. La région est dure, la face convexe lisse, rénitente et uniforme. Le bord inférieur, bien perceptible, tranchant et dur, arrive en dehors jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il se relève pour aller passer immédiatement au-dessus de l'ombilic et contourner l'épigastre, que le lobe gauche remplit.

Pas de matité sur la ligne médiane, ni dans les flancs. Toutefois, dans le décubitus latéral complet, on parvient à trouver un peu de matité dans les points déclives.

Flot lombo-abdominal net, limité au-dessus du pubis.

Matité splénique très augmentée d'étendue, sans qu'on parvienne à percevoir le pôle inférieur.

Réseau veineux abdominal qui commence à apparaître sur les parties latérales de l'extrémité inférieure du thorax. Pas d'hémorragie rectale. Epistaxis aujourd'hui seulement.

Toux légère, sans point de côté. Expectoration peu abondante, muco-gommeuse, un peu teintée, sans pus.

A la base droite, matité très marquée dans le tiers inférieur, avec abolition des vibrations et ballotement. Pas de flot antéro-postérieur.

A l'auscultation, obscurité, râles fins inspiratoires, un peu d'expiration soufflante. Pas d'égophonie ni de pectoriloquie aphone.

9 mars. — Le malade a succombé ce matin à 6 heures, dans un état de grande faiblesse, sans délire. Les derniers jours, l'ictère s'est un peu accentué, sans devenir très intense. Il avait des épistaxis répétées, mais peu abondantes. Le dernier jour, l'urine faisant complètement défaut et bien que la vessie ne fût pas perceptible à la percussion, on a fait un cathétérisme qui a donné issue à 100 grammes d'urine seulement.

Urines du 6 mars :

Jaunes laiteuses; dépôt floconneux jaunâtre très volumineux, (urates). L'urine surnageante est colorée en jaune brun. Réaction acide faible.

Volume 280. Densité 1021. Urée par litre 1 gr. 0 P²O⁵.

Pas d'albumine. Pas de sucre.

Réaction très forte des pigments biliaires.

AUTOPSIE LE 10 MARS. — L'abdomen contient une petite quantité de liquide de teinte hématique. Pas d'exsudat fibrineux.

Le foie (5 kg. 800) est énorme et remplit tout l'abdomen. Il est mobile. Il ne présente que quelques rares adhérences en arrière.

Un paquet ganglionnaire volumineux unit le hile au pancréas. Pas de ganglions mésentériques. L'augmentation de volume du foie est uniforme. L'organe est seulement un peu plus globuleux que normalement, sans autre changement de forme. La surface est absolument lisse; pas de nodosités ni de granulations. La

coloration est rosée, tachetée de blanc; les taches sont très nombreuses, peu apparentes, ne formant aucune saillie. Les plus grosses ne dépassent pas quelques millimètres de diamètre.

Sur les coupes, même aspect qu'à la surface, sans sclérose, sans ramollissement. L'infiltration est absolument générale et uniforme. Il ne reste aucune portion de l'organe qui soit indemne et il n'y a nulle part de noyau qui s'individualise.

Au niveau du hile, il existe de gros ganglions blancs, un peu mous, qui n'adhèrent pas au foie, qui sont adjacents à la tête du pancréas qu'ils entament, tout en restant distincts. Ils n'exercent aucune compression, ni sur les voies biliaires, ni sur le tube digestif.

La vésicule biliaire est petite, à parois épaisses. Son fond est très en arrière du bord antérieur. Elle est lubrifiée par une très petite quantité de bile non collectée. Les parois sont infiltrées par le néoplasme, dans leurs couches externes. La muqueuse est indemne.

La rate (325 grammes) est augmentée de volume; très lobulée, un peu dure, sans aucun noyau de généralisation.

Les reins (droit 175, gauche 190) ne présentent rien d'anormal.

L'estomac n'est pas dilaté et ne présente ni néoplasme, ni ulcérations, de même que l'intestin.

Les capsules surrénales sont de grande dimension, sans changement de forme, sans noyau néoplasique.

Rien d'anormal dans les organes du petit bassin.

La plèvre droite contient une petite quantité d'épanchement séreux. La base est atelectasiée dans la totalité de ses couches superficielles. Elle présente à son centre un noyau du volume d'un poing d'enfant, très dur à la palpation extérieure, occupant les parties centrales du lobe et présentant sur la coupe une teinte blanc laiteux et une consistance molle. Il existe un second noyau presque aussi volumineux dans la scissure interlobulaire qui sépare le lobe moyen du lobe inférieur.

Le poumon droit pèse 750 grammes.

A gauche, pas d'épanchement. Rien d'anormal au poumon (530 grammes).

Le cœur (310) ne présente rien d'anormal.

Quelques ganglions peu volumineux, mais nettement néoplasiques formant bloc aggloméré, se trouvent au niveau de la bifurcation de la trachée.

Le corps thyroïde est normal. Pas de ganglions cervicaux.

Le cadavre ne présente pas d'œdème et n'a pas du tout l'air émacié.

Résumé de l'autopsie. — Cancer primitif du foie. Hypertrophie énorme, diffuse, uniforme. Ganglions cancéreux du hile. Noyaux secondaires dans le poumon droit. Pleurésie séreuse ; ascite légère, hémorragique.

Hypertrophie simple de la rate.

Examen histologique. — Cancer primitif du foie, maigre ; hypertrophie énorme (800 gramme). Infiltration diffuse uniforme du foie. Infiltration des parois externes de la vésicule.

Ganglions cancéreux du hile. Evolution en cinq semaines.

Noyaux secondaires dans le poumon droit. Pleurésie séreuse, Ascite légère hémorragique.

Hypertrophie simple de la rate.

Corps thyroïde normal.

a) *Foie.* — Infiltration continue par des cellules épithéliales rondes, petites, colorées, très pauvres en protoplasma. Noyaux bien colorés, multinucléolés. Le type très embryonnaire et encore indéterminé, rappelle beaucoup l'aspect du cancer thyroïdien, mais pas de substance colloïde. Les vestiges de parenchyme hépatique sont en dégénérescence graisseuse.

b) *Ganglions du hile.* — Infiltration presque complète.

c) *Poumon.* — Infiltration néoplasique envahissant les alvéoles sans détruire complètement la charpente. Pneumonie catarrhale à la périphérie.

d) *Vésicule biliaire.* — Noyau néoplasique limité, probablement ganglionnaire. Petits îlots d'infiltration disséminés dans les parois de la vésicule des deux côtés de la tunique musculaire.

OBSERVATION II

(Monneret, *Archives de Médecine*, 1855.)

Cancer primitif du foie à marche aiguë.

Une femme âgée de trente-six ans (Riboul), bien réglée, d'une constitution robuste et athlétique, éprouvé une forte émotion morale dont elle se remet difficilement. De retour à Paris, elle reprend sa profession de domestique et tombe malade dix jours seulement avant son entrée à l'hôpital Necker, qui eut lieu le 7 mars 1854.

Il est impossible de faire remonter la maladie au delà de cette époque.

Elle éprouve d'abord, tous les soirs vers 3 heures, un accès de fièvre, marqué par du frisson, de la chaleur, de la sueur, qui continuent pendant la nuit. Elle perd entièrement l'appétit et sent des tortillements douloureux au creux de l'estomac. La marche et la pression les augmentent. Elle ne cesse cependant pas de travailler jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Le 7 mars, embonpoint prononcé, coloration rouge du visage ; aucune fièvre dans la soirée. Au moment de la visite, le pouls à 84 ; décubitus forcé sur le côté droit ; tout autre amène une forte douleur, tuméfaction de l'épigastre et de l'hypocondre droit, où l'on sent une tumeur et où se manifeste une douleur vive que la pression augmente ; peau chaude, inondée de sueur, sans la moindre coloration jaune ; céphalalgie nulle ; le visage exprime la souffrance ; l'intelligence est développée ; langue blanche, chargée d'un enduit épais, soif vive, perte absolue de l'appétit, selles naturelles. Le foie, mesuré, présente une augmentation déjà considérable de volume (sur la ligne médiane, 17 centimètres ; mamelon, 22).

Limonade. Saignée de quatre palettes.

Le 8 mars, la journée a été meilleure, moins d'anxiété. La douleur hépatique n'a que faiblement diminué à l'épigastre ; elle

enchaine les mouvements du thorax, s'étend à l'épaule droite, dans le bras droit, où se sont montrés des mouvements convulsifs occupant les doigts de la main et les muscles de l'avant-bras.

Même état des organes digestifs, soit toujours vive, vomiturations; peau chaude et moite pendant la nuit, urine sédimenteuse sans matière colorante; épistaxis; syncope après la saignée, dont le caillot n'offre aucun rudiment de couenne.

Eau de Sedlitz. Bouillon.

Le 9 mars, dans la soirée, frisson léger, suivi de chaleur et de sueur; douleur dans l'épaule; pouls à 92, 40 respirations.

Les jours suivants, jusqu'au 12 mars, on observe pendant le jour un mouvement fébrile faible, augmentant pendant la nuit (104 à 120), suivi tantôt de moiteur, tantôt d'une forte sueur; respiration accélérée (28 à 32), bouche mauvaise, appétit nul, soit vive; les douleurs hépatiques s'accroissent et gagnent tout le ventre, l'épaule droite. Les vomissements sont fréquents.

Ce qui frappe surtout dans l'évolution de la maladie, c'est la rapidité avec laquelle le volume du foie s'accroît chaque jour. On le trouve dans l'hypocondre et vers l'épine iliaque droite; sa surface est inégale, bosselée, on entend quelques râles muqueux sous-crépitants, à la base des deux poumons, du droit particulièrement, qui est refoulé vers la cavité pectorale. La matière des selles provoquées par les purgatifs est fermement colorée par une bile jaune qui paraît s'écouler librement par ses canaux propres.

Dans les trois derniers jours seulement de la vie, les sclérotiques se colorent très faiblement en jaune; toute la peau, en outre, offre la teinte anémique. Un peu de liquide s'épanche dans la cavité du ventre; les pieds, les bras et les jambes deviennent œdémateux. On voit des ecchymoses petites et très nombreuses sur les jambes; le visage s'altère, exprime la crainte, l'anxiété, jactitation causée par la dyspnée et le sentiment d'une fin prochaine qui s'accomplit au milieu de l'intégrité la plus parfaite de l'intelligence.

15 mars. — A l'autopsie, on trouve de la sérosité récente dans la cavité du péritoine. Le foie énorme, remplissant tout le ventre, bosselé, déformé, sa substance propre dégénérée, jaunâtre, réduite

à peu de chose en présence de la matière encéphaloïde, et disséminée partout; ailleurs, plusieurs apoplexies hépatiques de petite dimension.

Les conduits biliaires et les vaisseaux sanguins du foie exempts de toute altération, ainsi que les ganglions, le pancréas, l'estomac et les intestins; rate diminuée de volume, son tissu normal.

OBSERVATION III

(Audral, *Archives de Médecine*, 1^{re} série, t. II).

Tumeur cancéreuse du foie développée et terminée par la mort en trois semaines.

Un marchand forain, âgé de quarante-cinq ans environ, avait été atteint plusieurs fois de fièvres intermittentes; cependant il jouissait depuis l'âge de quarante ans d'une santé parfaite. Pendant le cours du mois d'avril 1820, il ressentit quelques légères douleurs au-dessous du bord cartilagineux des fausses côtes droites; vers la fin de ce mois, un ictère se manifesta : il entra alors à la Charité.

Lorsque nous le vîmes, il n'avait pas de fièvre; l'appétit était très bon; les fonctions digestives étaient intactes; seulement, comme chez la plupart des ictériques, les selles étaient décolorées et les urines d'un rouge orangé. L'hypocondre droit était souple, indolent.

Le 2 mai, les douleurs de l'hypocondre droit reparurent; les jours suivants elles persistèrent; la fièvre s'alluma, l'hypocondre devint tendu comme s'il avait été occupé par le foie tuméfié.

Le 9 mai, nous commençâmes à sentir immédiatement au-dessous du rebord des côtes, à droite de l'épigastre, une tumeur globuleuse, immobile, très douloureuse lorsqu'on exerçait sur elle une légère pression.

Du 9 au 15 mai, cette tumeur acquit un grand développement; elle devint sensible à la vue et, à côté d'elle, ne tardèrent pas à se

manifestent plusieurs autres petites tumeurs bosselées, inégales et douloureuses.

Du 15 au 20 mai, ces tumeurs se prolongèrent derrière les cartilages des côtes et les soulevèrent fortement. En même temps, le malade commença à vomir ses boissons trois ou quatre heures après les avoir prises; la fièvre était continue avec un violent redoublement chaque soir, pendant lequel les douleurs de l'hypochondre devenaient déchirantes; le malade dépérissait avec une effrayante rapidité. Le 20, il était parvenu au dernier degré du marasme et de la faiblesse. Il succomba le 21.

OUVERTURE DU CADAVRE. — Le foie volumineux dépassait le rebord des côtes de quatre travers de doigt. De sa face convexe faisaient saillie plusieurs tumeurs formées par un mélange de tissu encéphaloïde, squirrheux et tuberculeux encore à l'état cru. Ces tumeurs se prolongeaient assez profondément dans l'intérieur du viscère. Entre elles, le tissu du foie était d'ailleurs parfaitement sain.

Des tumeurs de même nature entouraient et comprimaient les canaux hépatique et cholédoque, ainsi que l'extrémité hépatique de l'estomac.

OBSERVATION IV

(Budin, *Bulletin Société médicale*, 1874.)

Cancer massif de la totalité du foie. Carcinose secondaire des ganglions prévertébraux.

Jean-Baptiste, quarante-huit ans, né à Saint-Jean-de-Nay (Haute-Loire). Etant enfant, à l'âge de quatre ou cinq ans, cet homme reçut un violent coup de pied de cheval au niveau de la région du côté droit, immédiatement au-dessous de l'arcade sourcilière. Il reste à ce niveau une cicatrice courbe, longue de 5 centimètres environ, et un enfoncement de la paroi osseuse. Plus tard, en 1848, il reçut une balle qui lui traversa de part en part le sommet

du poumon droit. On voit encore au-dessous de la clavicule une cicatrice arrondie et déprimée, qui représente l'orifice d'entrée du projectile. En arrière, un peu au-dessous de l'épine de l'omoplate, existe une cicatrice cruciale, due aux incisions pratiquées pour extraire la balle qui faisait une saillie sous la peau à cet endroit. Pas d'antécédents syphilitiques. Cet homme qui était autrefois terrassier et quelque peu buveur, travaillait depuis plusieurs mois dans les égouts de Paris; il s'adonna encore davantage aux boissons alcooliques et il raconte qu'il était presque constamment dans un état de demi-ivresse.

Le 8 décembre 1873, il fut admis à l'hôpital Saint-Antoine et placé au n° 20 de la salle Saint-Etienne, dans le service de M. le Dr Gombault. Il se plaignait surtout d'éprouver depuis le 28 novembre précédent, c'est-à-dire depuis dix jours, une douleur au niveau du creux épigastrique et du foie, douleur qui s'irradiait dans l'épaule du côté droit. Interrogé, il dit avoir éprouvé en 1866 une douleur analogue dans l'hypocondre droit, douleur qui disparut après l'application de douze ventouses scarifiées. Plus tard, il rendit par la bouche une certaine quantité de sang et cet accident se renouvela trois années de suite, à la même époque. Lorsque, le 28 novembre, il se sentit souffrant, il se présenta à l'hôpital Beaujon; on lui fit appliquer huit ventouses scarifiées sur le côté droit. Cette application le soulagea momentanément, mais il survint de la fièvre, de la dyspepsie, des troubles gastriques qui le décidèrent à demander son admission dans un autre hôpital.

En l'examinant, on trouve, au sommet du poumon et en arrière, de la matité, une respiration soufflante, du retentissement de la voix. Du côté de l'abdomen, la pression est douloureuse au niveau de l'épigastre et surtout au niveau de l'hypocondre droit. Il n'existe ni ictère, ni ascite, ni trace de circulation collatérale. On perçoit la matité du foie depuis 3 centimètres environ au-dessous du mamelon jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du rebord inférieur des fausses côtes. Pas d'albumine dans les urines. Il existait à la base du cœur et au premier temps un léger bruit de souffle sous le sternum.

Loin de s'améliorer, l'état du malade s'aggrave de jour en jour.

Il maigrit ; la fièvre persista de plus en plus intense, de la dyspnée survint et, dix jours environ après son entrée, on sentait le bord libre du foie qui arrivait un peu au-dessous de l'ombilic. Les douleurs persistèrent et devinrent très violentes. On doit faire, matin et soir, des injections morphinées.

Vers le 24 décembre, le foie descendait au-dessous de l'ombilic et constituait une énorme tumeur, à surface très lisse, non bosselée, à bord inférieur d'une régularité parfaite, qui remplissait la cavité abdominale. Il n'était survenu ni vomissement, ni ictère, mais, à cette date, apparaissait un œdème généralisé du membre inférieur gauche. L'état général alla en s'aggravant, de la diarrhée survint et le malade succomba dans la nuit du 27 au 28 décembre.

AUTOPSIE pratiquée le 29 décembre.

Crâne. — On trouve sur la face externe du frontal un enfoncement long de 5 centimètres environ ; mais c'est surtout à la face interne de cet os qu'on constate des particularités intéressantes. Il est altéré dans une étendue de 48 millimètres. En allant d'avant en arrière, on trouve : *a)* Une cicatrice fibreuse ayant 20 millimètres de long et mesurant 9 millimètres dans sa plus grande largeur ; — *b)* puis, il existe un pont osseux ayant 10 millimètres seulement de longueur sur 4 millimètres de large ; — *c)* ensuite, on trouve une seconde lamelle fibreuse de 9 millimètres de longueur sur 4 millimètres de largeur ; — *d)* enfin une portion osseuse de 6 millimètres seulement de longueur. La cicatrice est donc à la fois osseuse et fibreuse. Il existe, en outre, des stalactites osseuses ; il semble que la paroi crânienne a été enfoncée et c'est sur le bord inférieur, fortement repoussé vers la cavité du crâne, qu'elles se sont développées. Ces stalactites, au niveau des lames fibreuses au-dessous desquelles elles siègent, mesurent jusqu'à 11 millimètres dans leur plus grande hauteur. Au niveau du pont osseux, elles ont à peine 3 millimètres d'élévation. Ces stalactites adhéraient aux méninges et pénétraient les circonvolutions. Au pourtour, la substance du cerveau avait son aspect normal. Le malade n'avait, du reste, présenté pendant la vie aucun trouble des fonctions cérébrales.

Poumons. — Au sommet du poumon droit, il existait des adhérences très solides ; la cicatrice cutanée était mobile et nullement reliée aux tissus sous-jacents (muscles séreux). En essayant d'extraire le poumon, il se déchira et l'on découvrit que le sommet de l'organe n'était plus représenté que par un détritüs grisâtre, infiltré de sels calcaires. Le reste du poumon était sain. Congestion hypostatique dans les parties déclives.

Cœur. — Rien dans le péricarde. Valvules auriculo-ventriculaires saines. Epaissement d'une des valvules sigmoïdes de l'aorte et plaque calcaire peu étendue, mais très saillante à l'origine du vaisseau artériel.

Cavité abdominale. — Le foie est excessivement volumineux. Sa surface est lisse, régulière, présentant une teinte rouge parsemée de taches blanchâtres. Il pèse 5 kg. 350. Sa forme générale ne diffère en rien de celle du foie à l'état normal ; il est seulement considérablement hypertrophié. Des coupes faites dans l'épaisseur de l'organe, permettent de constater, suivant les points, des aspects différents, qui sont : 1° une teinte générale gris blanchâtre, accompagnant une consistance lardacée du tissu ; 2° des trainées jaunâtres qui représentent le tissu hépatique disséminé au milieu de la masse totale ; 3° des noyaux arrondis, plus ou moins volumineux, ramollis, quoique non diffluent, et de couleur violacée ; 4° dans certaines parties, une accumulation de points noirs, hémorragiques, de la grosseur d'une tête d'épingle. La vésicule biliaire était normale. L'estomac, le duodénum, le pancréas, l'épiploon étaient sains. Au-devant de la colonne vertébrale, on trouve une masse ganglionnaire bosselée, du volume d'un œuf, paraissant de nature cancéreuse.

La rate avait un volume double de celui qu'elle présente normalement ; il existait de petits infarctus sur les bords en deux ou trois points différents.

Le rein droit était augmenté de volume, congestionné ; le rein gauche avait subi presque complètement la dégénérescence graisseuse ; il n'était pas atrophié.

La veine fémorale, les veines iliaques externe, interne et primitive gauches étaient complètement oblitérées par un caillot noir et

peu adhérent, si ce n'est dans le voisinage de la réunion des deux veines iliaques primitives. Le canal de l'iliaque primitive droite était libre, mais la veine cave inférieure, à son origine, était à demi oblitérée.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un carcinome encéphaloïde ou médullaire du foie. Sur les coupes, traitées par le pinceau, on constate l'existence d'un stroma alvéolaire dont on a facilement chassé les éléments cellulaires.

Dans l'épaisseur même des travées conjonctives, existe un certain nombre de cellules, indice de l'active prolifération dont la tumeur était le siège.

OBSERVATION V

(Frenchs, *Traité pratique des maladies du foie.*)

Sensibilité à l'épigastre. — Troubles digestifs, ictère peu intense. — Foie énorme, parsemé de tumeurs fluctuantes, un peu douloureux. — Epanchement liquide dans la cavité abdominale augmentant rapidement. — Collapsus et mort.

Autopsie. — Fongus médullaires nombreux dans le foie; transformation graisseuse et ramollissement de l'organe; irruption d'excroissances fongueuses à travers la capsule du foie; avec épanchement de sang dans la cavité péritonéale; cancer de la branche gauche de la veine-porte; thrombus ancien de la branche droite; compression anguleuse de la veine-cave; dilatation de la branche gauche du canal hépatique; cancer de la paroi postérieure et de la petite courbure de l'estomac; compression de la veine splénique; thrombus décoloré dans ce vaisseau; tuméfaction peu prononcée de la rate, quelques ecchymoses dans le mésentère.

G..., journalier, âgé de cinquante et un ans, entra à l'hôpital Allerheiligen, le 24 mai 1864 et y mourut le 7 juin. Le malade, corpulent, robuste, dans un état de nutrition satisfaisant, ne pa-

raissait nullement anémié. Il avait déjà éprouvé, en 1850, un ictère, accompagné de douleurs dans le côté droit du ventre, dont la durée avait été de plusieurs semaines. Depuis lors, il s'est toujours bien porté, a pu se livrer à des travaux pénibles, jusqu'à quatorze jours avant son entrée. Il avait aussi conservé un bon appétit et n'éprouvait aucun malaise après le repas; ses selles étaient régulières. Il supportait très bien une ceinture fortement serrée autour du ventre.

Depuis quatorze jours, il éprouve continuellement, mais surtout après le repas, un sentiment de brûlure et de pression à l'épigastre, l'appétit est nul et les selles sont plus rares.

La conjonctive est légèrement ictérique, l'urine, peu abondante, contient une petite quantité de matière colorante biliaire; pas d'albumine. Rien d'anormal du côté du poumon et du cœur; pas d'accélération du pouls, pas d'élévation de la température.

La langue est couverte d'un enduit jaunâtre; le ventre est tuméfié; la veine épigastrique droite est un peu dilatée; fluctuation dans la partie inférieure de l'abdomen. On sent à l'épigastre une tumeur assez régulière, élastique, arrondie, dont le bord inférieur, tranchant, se trouve immédiatement au-dessus de l'ombilic. La main peut embrasser le bord de la tumeur par en haut, et on sent alors, plus profondément et en remontant, une autre saillie élastique.

On peut suivre ce bord, à droite et en bas, où l'épanchement abdominal finit par le soustraire au toucher. Au niveau de ce bord et surtout immédiatement au-dessus de lui, dans la partie moyenne de l'abdomen, la percussion donne un son tympanique plein; les parties latérales présentent de la matité. La limite inférieure de la tumeur s'abaisse et s'élève dans la respiration; la matité remonte jusqu'à la quatrième côte, de manière qu'elle présente, à côté du sternum, une hauteur de 8 pouces.

Ce foie énorme n'offre pas, au toucher, une sensibilité bien prononcée.

La rate n'est que peu tuméfiée et est refoulée tout à fait en arrière.

Les fèces sont un peu décolorées, tantôt à demi liquides, tantôt moulées. Le malade n'accuse que de la faiblesse, une sensation vive de pression et d'ardeur à l'épigastre et une soif exagérée,

Il n'a jamais éprouvé de nausées, de vomissements, ni de gêne dans la déglutition.

Prescription : teinture aqueuse de rhubarbe, avec extrait de belladone.

L'ictère augmente graduellement. La peau devient jaune; il est survenu, depuis le 4 juin, de la sensibilité au ventre; les forces diminuent; la sensation de pression à l'épigastre augmente. Cataplasmes, ventouses, acide phosphorique.

Pouls à 96, petit et dépressible. Augmentation de l'épanchement abdominal; quelques renvois, mais pas de vomissements.

6 juin. — Œdème des extrémités inférieures, augmentation de la faiblesse; pouls très petit; mains froides; l'épanchement abdominal a augmenté considérablement dans les vingt-quatre heures.

Le soir, perte de connaissance. Le pouls devient insensible. Les extrémités sont froides.

Mort le 7 à 5 heures du matin.

AUTOPSIE, sept heures après la mort.

Fort corpulence, légère teinte ictérique, œdème des extrémités inférieures, taches cadavériques nombreuses.

Voûte du crâne épaisse, compacte, exsangue; un peu de sang liquide dans le sinus longitudinal, dure-mère légèrement inégale et colorée en jaune. Les membranes du cerveau contiennent peu de sang; une demi-once de sérosité dans les fosses occipitales; substance cérébrale de consistance normale, un peu exsangue. La muqueuse laryngo-trachéale est pâle, la glande thyroïde petite et ferme. Les glandes bronchiques ont une teinte mélanique et sont un peu tuméfiées.

Les cavités pleurales ne contiennent qu'une faible quantité de sérosité; les poumons sont libres d'adhérences; les lobes supérieurs sont emphysémateux sur leurs bords; les lobes inférieurs présentent de l'œdème et de la congestion hypostatique.

Une once de sérosité claire dans le péricarde; volume du cœur normal, valvules saines, légèrement teintées en jaune, ainsi que la membrane interne de l'aorte. Les cavités du cœur ne renferment qu'une petite quantité de sang en caillots mous,

L'ouverture de la cavité abdominale laisse écouler environ 12 livres d'un liquide d'un rouge foncé, sanguinolent, mélangé de caillots floconneux.

Le foie, très volumineux, remonte jusqu'à la quatrième côte et occupe une hauteur de 8 pouces sur la paroi abdominale antérieure. Le lobe gauche est uni à la petite courbure de l'estomac, le droit au côlon transverse distendu par des gaz. Le bord de l'organe est tranchant et facile à saisir à gauche, un peu arrondi à droite. La face convexe présente, à gauche, quatre tumeurs molles, rapprochées, inégales, grosses comme un œuf de poule. Leur surface est parcourue par de nombreuses ramifications vasculaires d'un large calibre. Elles ont refoulé la substance glandulaire, de manière à n'en laisser que quelques restes et elles apparaissent aussi à la face inférieure du lobe gauche sous forme de saillies aplaties. Ces tumeurs sont très molles et fluctuantes, elles ont une couleur jaune de soufre et un aspect réticulé. Les conduits biliaires du lobe gauche sont larges, remplis de bile d'un vert pâle; la branche gauche principale de la veine porte est obstruée par une masse cancéreuse d'un blanc grisâtre qu'on peut suivre jusque dans les petits vaisseaux et qui renferme, avec de nombreuses cellules granuleuses, de grosses cellules de cancer à noyaux multiples. Cette production cancéreuse de la veine-porte naît, par une large base, des parois infiltrées du vaisseau, près de l'endroit où il se divise en deux branches principales.

Dans le lobe droit, principalement en haut et latéralement, sur le bord mousse, on trouve un certain nombre de saillies fluctuantes ayant une structure analogue, et atteignant jusqu'au volume d'un œuf de canard. Plusieurs de ces saillies sont complètement ramollies à leur centre, qui présente une cavité remplie d'un liquide laiteux. On voit, à l'extrémité droite du lobe, deux nodosités qui ont déchiré l'enveloppe péritonéale.

La masse cancéreuse pullule dans l'abdomen sous forme de petites végétations en choux-fleurs, recouvertes de caillots sanguins récents. C'est de là que doit provenir la grande quantité de sang épanchée dans la cavité abdominale.

Les conduits biliaires du lobe droit étant un peu dilatés et rem-

plis de bile jaune, le parenchyme est congestionné, d'un rouge noir et comme imbibé de sang coagulé, au voisinage des noyaux cancéreux qui se sont déchirés. La branche droite de la veine porte est remplie et distendue, jusque dans ses fines ramifications par des caillots noirs, à demi desséchés et solidement adhérents.

Le sang contient beaucoup de granulations blanches, formées de globules blancs et de quelques cristaux aiguillés,

La face inférieure du foie présente également de nombreuses tumeurs cancéreuses saillantes. Deux d'entre elles compriment la veine cave, immédiatement avant l'embouchure des deux veines hépatiques, de manière à lui donner la forme d'un entonnoir. Les ganglions lymphatiques du hile du foie ne sont pas tuméfiés. La tête du pancréas présente une tumeur cancéreuse arrondie, molle, du volume d'un œuf de poule, comprimant fortement la veine splénique. Cette veine est oblitérée par un ancien caillot solide, dans lequel on trouve de nombreuses granulations du volume d'un grain de millet, blanchâtres, formées de globules blancs du sang. Le canal cholédoque est déplacé et dilaté du double de son calibre normal.

La vésicule biliaire est rétractée et contient une bile verdâtre, visqueuse.

La rate est peu tuméfiée et adhérente au diaphragme ; son tissu est foncé, sa consistance un peu ferme.

Pancréas mou, flasque, petit. On pratique sur l'estomac, adhérent au lobe gauche du foie, une incision longitudinale qui part du cardia. Immédiatement à côté de cet orifice, commence une masse cancéreuse fongueuse, très vasculaire, semblable à un chou-fleur, qui occupe 3 pouces $\frac{1}{4}$ d'étendue sur la paroi postérieure et a jusqu'à 4 lignes d'épaisseur. Le péritoine de la petite courbure est soulevé par des tumeurs blanchâtres, aplaties, du volume d'un œuf de pigeon, bien isolées des nodus cancéreux du foie.

Les adhérences sont simplement celluleuses et faciles à rompre.

Le reste de la muqueuse de l'estomac est ardoisé et boursoufflé.

Le péritoine, normal d'ailleurs, présente quelques ecchymoses dans le mésentère et dans le mésocolon,

La muqueuse du canal intestinal n'offre rien d'anormal, les matières fécales de consistance moyenne sont assez peu colorées.

Les reins sont un peu fermes. La capsule est très adhérente, la surface lisse, le parenchyme légèrement ictérique.

Vessie et prostate saines.

Glandes mésentériques et rétropéritonéales normales.

OBSERVATION VI

(Routier, *Bulletin de la Société anatomique*, 1878.)

Le nommé G..., égoutier, âgé de trente et un ans, entre à la Charité, salle Saint-Félix, n° 17 (service de M. Laboubène), le 9 février 1878.

Cet homme, dont le père et la mère existent encore, accuse, comme antécédents pathologiques, une fièvre typhoïde qu'il a eue à l'âge de dix ans et quelques accès de fièvre intermittente qu'il aurait eus pendant son service militaire, qu'il a fait en partie en Afrique, mais dont il avait été tout à fait débarrassé.

Il y a trois mois environ, il a eu une pleurésie droite ; il fut soigné dans le service de M. le Dr Montaud-Martin, à Beaujon, où il resta un mois environ et d'où il est sorti entièrement guéri.

Il a ainsi passé le mois de décembre 1877 et le commencement de janvier 1878, dans un état de santé parfaite en apparence.

Vers les derniers jours de janvier, il a senti quelques douleurs dans le côté droit, mais a pu, néanmoins, continuer son travail.

Les douleurs ont augmenté vers les premiers jours de février et il a eu de l'ictère ; il explique parfaitement que les selles étaient décolorées et que les urines étaient, au contraire, très foncées en couleur.

Il fit appeler un médecin qui fit appliquer six sangsues sur l'hypocondre droit ; ces piqûres provoquèrent une hémorragie assez abondante qu'on eut beaucoup de peine à arrêter.

A son entrée à la Charité, le malade présentait une teinte ictérique assez prononcée et il se plaignait de douleurs dans la région

du foie ; il n'était pas amaigri et, au premier abord, on eût pu croire à un ictère simple, mais le ventre paraissait un peu ballonné. A l'examen de la poitrine, on constata qu'il existait encore, en arrière, dans le poumon droit, quelques frottements.

Mais ce qui frappait surtout, c'est la matité énorme que dénotait la percussion du foie. En avant, la matité s'étendait de 2 centimètres au-dessus du mamelon jusqu'à 21 centimètres au-dessous. En arrière, la matité remontait jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate.

La distension des parois abdominales permettait difficilement la palpation du foie. On pouvait tout au plus, en déprimant, arriver sur un corps qui paraissait dur. Mais on ne sentait aucune tumeur, aucune saillie anormale. Les urines contenaient du pigment biliaire en abondance, les fèces étaient peu décolorées.

12 au 18 février. — On vit peu à peu la teinte ictérique diminuer et disparaître. Mais le ballonnement du ventre augmentait, en même temps qu'on constatait de la matité dans les parties déclives de l'abdomen, preuve d'ascite.

20 février. — Le foie, examiné avec soin, a paru s'être un peu rehaussé. On ne trouvait plus que 18 centimètres de matité sur la ligne mamelonnaire ; le bord devenait de plus en plus difficile à percevoir.

23 février. — Les deux membres inférieurs sont pris d'œdème, sans douleur sur le trajet des veines, qui ne paraissent pas indurées.

25 février. — Le malade a eu du délire la nuit. Il se levait de son lit, de sorte qu'on a dû l'attacher.

26 et 27 février. — Le délire a continué, séparé par des intervalles de lucidité parfaite. L'amaigrissement a fait, dans ces derniers jours, des progrès effrayants.

1^{er} mars. — Le malade mourait, après un de ces accès de délire, avec de la respiration stertoreuse et dans le coma.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une quantité de liquide évalué environ à 3 litres.

Le foie apparaît tout de suite, très congestionné et parsemé de

noyaux blanchâtres dont la plupart sont en cupule sur toute la surface convexe. Le bord tranchant du foie est assez régulier et est bien à 3 centimètres de la ligne tracée sur la peau le jour de son entrée.

Le péritoine qui forme les ligaments supérieurs est considérablement épaissi, mais ne présente pas de dégénérescence.

La face inférieure est toute déformée ; le lobe de Spiegel forme une masse de la grosseur du poing, parsemée de taches blanchâtres, la plupart en saillie. L'éminence porte antérieure est considérablement augmentée. Les deux lobes droit et gauche forment aussi des reliefs considérables. Enfoncé entre ces tumeurs, le hile de l'organe est rempli de gros ganglions. La vésicule biliaire ouverte ne présente pas de lésions.

Tous les organes d'origine de la veine porte sont examinés avec le plus grand soin. L'appareil génito-urinaire tout entier, le pancréas, la rate, l'intestin, l'estomac et l'œsophage sont soigneusement ouverts. Nulle part nous n'avons pu trouver un point de départ ; pas la moindre trace d'affection cancéreuse. Cependant tous les ganglions du hile du foie, tous ceux qui se trouvent sur le trajet du pancréas et en arrière de lui sont gros et rouges. Leur volume varie entre celui d'une noix et celui d'un gros œuf de dinde. Plusieurs de ces ganglions présentent à la coupe une sorte de dégénérescence caséuse qui ne ressemble nullement à tous les noyaux durs dont est farci le foie.

Le foie, à la coupe, présente en effet une quantité considérable de grosses masses blanchâtres, dures, comme squirrheuses, et quelques autres masses jaunes, également dures. La substance hépatique a à peu près disparu, sauf sur le bord postérieur.

OBSERVATION VII

(Ch. Aunilloux, *Montpellier médical*, 1877.)

Emmanuel P..., cultivateur, âgé de trente sept ans, né à Saint Privas, domicilié à Montpellier, entré le 19 juillet à l'hôpital

Saint-Eloi, salle Saint-Vincent, n° 15, service de M. le professeur Dupré.

Cet homme a eu, il y a quatre ans, des fièvres intermittentes qui n'ont pas récidivé depuis; c'est la seule maladie qu'il accuse dans ses antécédents. Il habite toutefois un pays où les fièvres paludéennes sont communes. Il ne connaît pas de maladie héréditaire dans sa famille. Sa taille est élevée et P... a servi dans les cuirassiers, il avoue quelques excès alcooliques à cette époque. Pas de syphilis.

L'affection actuelle, au dire du malade, ne remonterait qu'à un mois; cependant, depuis un temps qu'il ne précise pas, la santé n'était plus ce qu'elle avait été autrefois, l'appétit était compromis, les forces diminuées et le travail devenait pénible. Il n'a jamais eu d'ictère. Ce qui fait dire à P... que son mal date d'un mois, c'est qu'il ne s'est aperçu qu'à cette époque-là de l'augmentation de volume de son ventre; c'est aussi à cette époque qu'il a commencé à avoir une sensation de pesanteur du côté droit.

Au moment de l'entrée, on note les phénomènes suivants : la face est très amaigrie, d'une coloration terreuse, rappelant beaucoup celle de la cachexie palustre. La poitrine est aussi très amaigrie et la partie supérieure du corps contraste ainsi avec l'augmentation notable de volume que présentent l'abdomen et les membres inférieurs. Le côté droit du thorax est aplati vers sa partie moyenne, en arrière; on y constate une matité qui s'étend en haut jusque vers le milieu de l'omoplate; la respiration est obscure à ce niveau et nulle inférieurement. Le côté gauche n'offre rien de particulier.

Le cœur est sain.

L'abdomen, ainsi que nous venons de le dire, est augmenté de volume, mais avec des caractères particuliers. Les flancs ne sont pas élargis comme dans l'ascite. La hauteur semble plus considérable. Le côté gauche est souple et paraît aplati comparativement au côté droit qui est proéminent. A droite, on trouve à la palpation une tumeur qui occupe presque tout ce côté et qui présente, presque au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, un rebord très net, dur, tranchant, comme celui du foie, avec quelques encoches appré-

ciables au doigt. On suit cette tumeur, en haut, jusqu'aux fausses côtes et, en poursuivant l'examen par la percussion, on constate une matité absolue jusqu'au niveau du mamelon. Ainsi mesurée en combinant ces deux modes d'exploration, la tumeur n'a pas moins de 32 centimètres d'étendue en hauteur. En largeur, elle est limitée par une ligne courbe à concavité supérieure, qui remonte obliquement sous l'épigastre et va se perdre sous les fausses côtes gauches. La surface de la tumeur paraît lisse.

Les membres inférieurs et le scrotum sont œdématisés depuis huit jours seulement, au dire du malade. Au point de vue de son état général, son appétit est à peu près perdu; la soif modérée; il a des alternatives de constipation et de diarrhée et une grande faiblesse générale.

Tisane de chiendent nitrée. Régime léger.

22 juillet. — Le malade a beaucoup uriné; selles claires et jaunes assez abondantes. L'œdème des jambes a diminué.

23 juillet. — P... a beaucoup souffert cette nuit; il lui semblait que quelque chose se déchirait dans son ventre. Les selles ont été nombreuses, mais peu abondantes. Ce matin l'épigastre est plus tuméfié. Eau-de-vie allemande, 10 grammes. Extrait gommeux d'opium, 5 centigrammes pour le soir. Thé noir comme tisane.

24 juillet. — Le purgatif a très bien agi; il y a eu aussi des sueurs abondantes. Le malade se trouve mieux ce matin.

25 juillet. — M. Hamelin, suppléant de M. le professeur Dupré, propose la diète lactée; le malade qui n'a pas pu la supporter antérieurement résiste d'abord et finit par consentir à l'essayer de nouveau. 3 litres de lait.

26 juillet. — Il y a eu une vingtaine de selles. P... déclare qu'il ne veut plus prendre de lait; on le continuera quand même en ajoutant 50 centigrammes de bicarbonate de soude et 10 grammes d'eau de fleurs d'oranger par litre; en outre, deux tasses de lait seront additionnées chacune de 1 gramme de cachou.

27 juillet. — La diarrhée a continué. Lavement amidonné avec X gouttes de laudanum. Continuer le lait.

28 juillet. — Pas de diarrhée. Suspendre le lavement. Le reste *ut supra*.

29 au 30 juillet. — On recueille les urines des vingt-quatre heures. La quantité est de 950 centimètres cubes; elles ont une réaction acide, une couleur rougeâtre. Il y a un dépôt abondant d'urates. D. = 1025.

M. Hamelin, en traitant 200 grammes de ces urines par l'acide chlorhydrique, desséchant le précipité filtré et pesant, obtient 55 centigrammes d'acide urique, ce qui donne pour la journée un total de 2 gr. 612. 10 centimètres cubes donnent 38 centigrammes d'urée, soit 36 gr. 10 pour les vingt-quatre heures.

30 juillet. — Le malade veut absolument sortir, son état est ce qu'il était au moment de l'entrée.

Il rentre le 4 août au n° 7 de la salle Saint-Vincent avec un érysipèle de la jambe droite, ayant débuté à la partie interne du membre. L'état général est déplorable.

Comme traitement local, pommade au sulfate de fer. A l'intérieur, bouillon et eau vineuse.

5 au 6 août. — La quantité d'urine rendue a été de 950 centimètres cubes; elles sont jumenteuses et présentent une densité de 1029. Par suite d'un accident, la quantité d'acide urique ne peut être dosée. 10 centimètres cubes donnent 24 centigrammes d'urée (urines devenues alcalines), d'où un total de 22 gr. 80 pour les vingt-quatre heures.

L'érysipèle s'étend, l'état général s'aggrave et le malade succombe le 6 août à midi.

AUTOPSIE le 7 à 10 heures du matin.

Cavité abdominale. — L'abdomen est très volumineux; les parois sont amincies. La cavité péritonéale contient à peu près 1 litre de liquide citrin. Mais ce qui frappe surtout, après l'enlèvement de la paroi antérieure, c'est l'énorme volume du foie qui occupe presque toute la moitié droite de l'abdomen. Cet organe est fixé par des adhérences à la face inférieure du diaphragme; qu'il refoule jusqu'au niveau du mamelon. La face convexe, arrondie et un peu granuleuse, est marbrée de petites taches d'un brun rougeâtre et noires, sur un fond jaunâtre. De plus, on dirait que la capsule de Glisson est distendue par le

parenchyme qu'elle renferme. Ce qui précède n'a trait qu'au lobe droit.

Le lobe gauche est assez nettement séparé par un rebord ; il possède la coloration de la dégénérescence graisseuse au début, et quoique d'un volume bien supérieur au volume normal, il semble être beaucoup plus à l'aise dans son enveloppe que le droit. C'est de là que résulte la différence de niveau que nous avons signalée.

La face concave n'est pas libre comme la précédente ; vers la droite, elle adhère fortement à la capsule surrénale, très développée et remontant du côté de la vésicule biliaire. Celle-ci est d'une capacité ordinaire et renferme une certaine quantité d'une bile épaisse. Le reste de la face concave est parsemé de taches blanchâtres formant un léger relief et d'autant plus étendues qu'on se rapproche davantage du hile où elles deviennent confluentes. On y voit aussi des marbrures noires, comme sur la face convexe ; entre ces diverses taches le tissu hépatique est fortement décoloré.

Le foie, dans son ensemble, sans la vésicule biliaire, pèse 9 kgr. 935.

Il mesure les dimensions suivantes :

Largeur, 37 cm. 50. Hauteur, 32 cm. 50. Epaisseur, 15 centimètres.

A la coupe, on voit que la masse hépatique est formée de trois éléments : 1° des noyaux réguliers, assez nettement limités, de couleur noire, dont la grosseur varie de celle d'un grain de millet à celle d'une lentille ; 2° des amas d'une substance blanchâtre, résistante, d'une consistance uniforme, se continuant insensiblement avec les parties voisines ; 3° le parenchyme hépatique plus ou moins fortement décoloré, séparant les éléments, auxquels il forme, pour ainsi dire, un gangue.

Ces trois espèces d'éléments ne sont pas distribués partout dans les mêmes proportions. Dans une épaisseur de plusieurs centimètres, à la surface convexe, les noyaux blancs sont rares ; il n'existe guère que des noyaux noirs disséminés en quantité variable dans le parenchyme hépatique. Vers le centre de l'organe les masses blanches sont plus grosses et, dans certains points, les noyaux

noirs sont très nombreux et très rapprochés, sans arriver cependant à se confondre.

Çà et là, au milieu des masses de substance blanche, on distingue des points dont la coloration jaunâtre semble indiquer qu'ils sont constitués par du parenchyme non encore entièrement envahi.

En somme, la première idée qui se présente, à l'examen de l'intérieur de ce foie, c'est que la substance blanche n'a été guidée, dans son développement progressif, par aucune limite anatomique, tandis que les noyaux noirs se sont distribués d'après quelque condition particulière de structure de l'organe. Un de ces noyaux, beaucoup plus gros que les autres, puisqu'il a le volume d'une noisette, arrive jusqu'à la capsule de Glisson, sous laquelle il fait une tache noire et se prolonge vers la profondeur, sous la forme d'un cône à base périphérique. Il est un peu ramolli.

La rate est indurée et augmentée de volume : poids 620 grammes. Les dimensions sont les suivantes :

Longueur, 17 centimètres. Largeur, 8 centimètres. Epaisseur, 5 centimètres.

Les reins présentent une vascularisation assez forte des pyramides, contrastant avec l'anémie de la substance corticale.

Les autres organes n'offrent rien de particulier.

L'examen microscopique du foie a été pratiqué sur des morceaux conservés dans l'alcool concentré. M. le professeur agrégé Hamelin a bien voulu contrôler les résultats que nous avons obtenus. Par le raclage et à l'aide d'une solution faible d'acide acétique, il a été possible de constater la présence de deux espèces de cellules ; les unes incolores, les autres pigmentées. Dans les premières, on distingue très bien un ou plusieurs noyaux, et un contenu granuleux, quelquefois des globules graisseux. Dans les autres, on n'aperçoit guère que des granulations d'une couleur sépia, qui sont habituellement plus nombreuses sur un point (probablement autour du noyau).

Incolores ou pigmentées, les cellules offrent la même variété de formes ou de dimensions. Les unes, grosses, renfermant un ou plusieurs noyaux, affectent les formes les plus diverses : quelques-

unes se terminent en raquette ; d'autres, plus petites, sont arrondies, polygonales, allongées. Il est évident qu'il y a là des cellules cancéreuses et des cellules hépatiques, quoique la distinction, possible pour les formes extrêmes (cellules en raquette, par exemple), devienne difficile ou même impossible pour les formes intermédiaires.

Sur des coupes imbibées de glycérine et d'acide acétique, on constate d'abord, ce qu'il était facile de prévoir, que les parties blanches sont formées de cellules incolores ou ne contenant que quelques granulations pigmentaires, et que les grosses cellules sont assez nombreuses. Dans les noyaux noirs, au contraire, les cellules sont remplies de pigment et généralement plus petites.

La substance blanche est sillonnée de nombreux tractus fibreux, qui semblent étouffer les cellules contenues dans leurs mailles. Sur certaines coupes nous avons pu voir des tractus épais de tissu conjonctif, avec noyaux fusiformes, limitant des espaces arrondis. De ces tractus s'en détachaient d'autres, plus minces, qui allaient cloisonner l'intérieur de ces espaces. Ces dernières subdivisions contenaient des lobules hépatiques.

Une particularité digne de remarque, c'est la rareté des orifices vasculaires que l'on aperçoit à la surface des coupes, soit à l'œil nu, soit au microscope. On dirait qu'ils ont été effacés par la compression résultant de la prolifération conjonctive interlobulaire. A l'aide de faibles grossissements, on voit que les cellules pigmentées sont groupées autour de cavités allongées et remplies elles-mêmes de granulations pigmentées, cavités qui ne sont, très probablement que des vaisseaux capillaires. Les marbrures noirâtres semées dans l'organe hépatique ne seraient, par conséquent, que des infarctus pigmentaires.

OBSERVATION VIII (Hayem et Gilbert).

(*Revue mensuelle de médecine*, p. 952, 1883).

Cancer hépatique avec cirrhose, Cancer secondaire de la veine-porte et des ganglions du kile.

Histologiquement : Epithéliome trabéculaire (?) et épithélium diffus.

R... (J.-M.), soixante-quatre ans, ciseleur, entré le 3 janvier 1883, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Magendie, 11.

Histoire clinique. — Deux chancres à la verge à l'âge de dix-neuf ans. Hernie inguinale gauche depuis l'âge de quarante-cinq ans. Alcoolisme avéré.

Il y a six semaines, perte d'appétit, malaise général, fatigue, diarrhée.

Il y a trois semaines environ, gonflement du ventre et jaunisse; quelques jours après, enflure des jambes.

Etat actuel (3 janvier). — Langue rouge sur la pointe et les bords, recouverte d'un enduit épais et fendillé au centre. Inappétence. Pesanteur stomacale. Constipation depuis trois jours. Ventre volumineux, surtout au niveau la région épigastrique, où l'on observe une voussure considérable. Ce développement du ventre est dû, comme le prouvent la palpation et la percussion, à une ascite médiocre et surtout à la distension de l'estomac par des gaz. Circulation veineuse sus-ombilicale anormalement développée. Foie étendu, sur la ligne mammaire, depuis le mamelon jusqu'à 2 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes (7 centimètres). Ictère prononcé. Rate non hypertrophiée.

Urines peu abondantes, foncées, ictériques, contenant des pigments et des acides biliaires.

Pas de toux, quelques crachats. Rien à l'auscultation de la poitrine. Rien au cœur, ni dans les vaisseaux. Membres inférieurs œdématisés. T. = 37°4. P. = 92.

Aucun trouble nerveux. Amaigrissement considérable.

4 janvier. — Aucun changement; traitement: huile de ricin, 30 grammes.

5 janvier. — Selles décolorées, grises, argileuses; urines, 250 grammes en 24 heures.

6 janvier. — Augmentation de l'ascite; ictère plus foncé; urines, 500 grammes. Traitement: calomel, 6 centigrammes; extrait de poudre d'opium, 6 centigrammes.

7 janvier. — Urine, 500 grammes.

8 janvier. — Dyspnée; urine, 600 grammes. Abattement très marqué.

9 janvier. — Urine, 500 grammes.

10 janvier. — Urine, 450 grammes. Etat général, mauvais. Ictère très foncé.

11 janvier. — Urine, 250 grammes. Augmentation de la dyspnée. Etat général, aggravé. Faiblesse extrême.

12 janvier. — Mort à 11 heures du matin, dans le coma sans aucun phénomène d'excitation.

AUTOPSIE, foie, examen extérieur. — Déformé, légèrement hypertrophié. Le lobe droit est épaissi dans le sens vertical et mesure, en hauteur, 9 centimètres; il est raccourci dans le sens antéro-postérieur, et mesure, en largeur, 14 centimètres.

Le lobe gauche est étalé et offre 5 centimètres d'épaisseur et 18 centimètres de largeur. Les bords du lobe droit sont mousses, ceux du lobe gauche sont tranchants. Poids, 1900 grammes.

La surface du foie est d'une coloration vert foncé, d'une consistance ferme, semée d'inégalités.

Au niveau du hile, la coupe de la veine porte montre sa cavité remplie d'une boue de couleur jaune orange.

L'artère hépatique est béante et perméable. Le canal hépatique est vide; les parois en sont affaissées, comprimées par la veine porte dilatée. Les ganglions du hile sont tuméfiés, de couleur jaunâtre, adhérents à la substance hépatique avoisinante, dont ils restent nettement séparés par l'accolement de leur coque à la capsule de Glisson; ils compriment le canal cystique.

La vésicule biliaire est recouverte de quelques dilatations veineuses ; elle contient une bile noire et épaisse et ne renferme aucun calcul.

2^e Coupe. — A la coupe du lobe droit, on découvre deux cavités, du volume d'un petit œuf de poule, situées, l'une au niveau du bord postérieur, l'autre au niveau de la face supérieure du foie, toutes deux immédiatement au-dessous de la capsule de Glisson, où elles ne forment ni relief, ni dépression. Chacune de ces deux cavités renferme une bouillie molle et rougeâtre que l'on peut facilement énucléer complètement. Chacune d'elles est nettement limitée par une paroi ; la paroi de la cavité postérieure est résistante, jaunâtre, légèrement inégale à sa face interne, de près de 2 millimètres d'épaisseur ; la paroi de la cavité supérieure est plus molle, plus extensible, creusée de logettes subdivisées et cloisonnées elles-mêmes ; elle est d'une épaisseur de 1 millimètre environ. Au pourtour de ces cavités, le tissu hépatique présente une coloration vert foncé. Il est dur et criant sous le scalpel ; les veines sus-hépatiques sont béantes et vides ; les ramifications de la veine porte sont remplies, comme le tronc lui-même, d'une substance molle, jaune-orange, que l'on peut faire sourdre par la pression.

Le lobe gauche est, à la coupe, dur et criant sous le scalpel, d'une coloration vert foncé ; les veines hépatiques s'y montrent vides ; les ramifications de la veine porte sont affaissées et vides ; quelques-unes seulement sont remplies de la substance jaune orange qui comble toutes les ramifications de la veine porte dans le lobe droit.

En incisant avec des ciseaux le tronc de la veine porte, ses branches droite et gauche, ses rameaux et jusqu'à ses ramifications les plus fines, l'on peut voir que tous les canaux sont, sauf dans la plus grande partie du lobe gauche, complètement injectés par cette même bouillie molle, de couleur jaune orange, dont nous avons parlé.

Cette substance se détache de la paroi veineuse aisément, mais incomplètement, et, après son extirpation, la veine reste couverte de quelques détritits jaunâtres adhérents,

L'artère hépatique et ses divisions et subdivisions sont libres

dans toute leur longueur. Le canal hépatique, ses branches principales et secondaires sont accolés, comprimés « par les branches correspondantes de la veine porte ; mais ils se montrent partout inoblitérés et n'offrent que quelques petites hémorragies dans l'épaisseur de leurs parois.

Autres organes. — La cavité buccale, la langue, le pharynx sont sains. L'œsophage offre quelques varicosités dans son quart inférieur. L'estomac est dilaté. L'intestin grêle, le gros intestin, le rectum sont indemnes. Le péritoine renferme plusieurs litres de liquide. Le pancréas, sclérosé, pèse 90 grammes. La rate pèse 110 grammes.

Les reins sont colorés en rose et pèsent, le droit, 160 grammes, le gauche, 175 grammes. Les capsules surrénales, les uretères, la vessie, la prostate, les vésicules séminales, les testicules sont normaux.

La cavité nasale, le larynx, le corps thyroïde, la trachée, les bronches, les médiastins n'offrent aucune altération. Les poumons sont congestionnés aux bases et aux bords postérieurs.

Le cœur est sain, coloré en jaune ; il pèse 215 grammes. Les artères coronaires sont ossifiées.

Rien du côté du cerveau, des choroïdes, de la moelle. Rien du côté de la colonne vertébrale, qui a été sciée dans toute sa hauteur. Rien du côté des côtes, dont quelques-unes en rapport avec le foie ont été sciées. Rien du côté du bassin.

Examen histologique. — L'examen microscopique a d'abord porté sur la substance qui remplit les deux cavités du lobe droit, les ganglions du hile et la veine porte.

La bouillie des deux cavités hépatiques est formée de cellules cancéreuses, ici et à la partie centrale dégénérées, atrophiées et perdues au milieu d'un détrit granuleux, là et à la périphérie, volumineuses, aux formes variées et bizarres, aux noyaux géants et multiples.

Les ganglions du hile du foie ne renferment que des cellules cancéreuses en pleine activité. De même, la bouillie dont la veine porte est remplie, est exclusivement formée de cellules cancéreuses, jeunes et actives, mêlées à quelques hématies,

Nous devons ajouter à cette relation sommaire les détails suivants :

Les cellules contenues dans les deux poches du foie, dans les ganglions du bile, ainsi que dans le tronc et les ramifications de la veine porte, dérivaien, d'une façon évidente, des cellules hépatiques. Elles en possédaient le protoplasma fortement granuleux, coloré en jaune brun par le picro-carmin et, de plus, semblaient en avoir conservé les fonctions, si l'on en juge par les granulations biliaires qu'elles contenaient parfois et par les calculs biliaires situés dans leurs interstices, mais elles en différaient, non seulement par la bizarrerie et la variété de leurs formes et de leurs dimensions, mais encore par les caractères de leurs noyaux ; ceux-ci, souvent énormes, pouvaient atteindre jusqu'à plus de 30 μ de diamètre : mal limités dans leurs contours, colorés en rose par le picro carmin.

Les coupes du foie ont porté sur un grand nombre de points, et, en particulier :

- 1° Sur les parois des tumeurs cancéreuses ;
- 2° Sur le tronc et les branches de la veine porte ;
- 3° Sur le tronc et les branches du canal hépatique ;
- 4° Sur le parenchyme hépatique.

Nous ne parlerons, ni des altérations offertes par les voies biliaires, ni des lésions du parenchyme hépatique, parce qu'elles n'ont avec le sujet qui nous occupe que des relations indirectes.

Disons seulement que le tissu du foie et les canaux hépatiques offraient les altérations classiques de la cirrhose biliaire et que, nulle part, ils n'étaient envahis par le néoplasme.

Nous comblerons ici, en quelques lignes, l'omission volontaire que nous avons faite de l'état du parenchyme hépatique à distance des nodosités cancéreuses. Les lobules étaient sillonnés par des bandes scléreuses se rattachant au type général de la cirrhose biliaire et parfois étaient entamés par des plaques fibreuses criblées de néo-canalicules biliaires.

Les travées hépatiques étaient formées d'éléments à noyaux peu distincts, infiltrés de pigments biliaires. Par place, se détachaient, au milieu des lobules pigmentés, des nodules composés de

travées hypertrophiées, refoulant le parenchyme ambiant. Les éléments constitutants des nodules étaient uniformément colorés en rosé, ne montrant point de noyaux visibles et ne contenant point de grains pigmentaires. De petits foyers de nécrobiose, masqués par la décoloration et la fragmentation des éléments, apparaissaient par intervalle au sein des nodules précités. Ajoutons enfin que, par un examen attentif, on pouvait distinguer, en dehors des nodules, un certain nombre de cellules hépatiques commençant à se déformer et à présenter des nucléoles très apparents.

Les parois des tumeurs cancéreuses apparaissent, au microscope, formées d'un tissu conjonctif dense et feutré, disposé sous forme de lamelles concentriquement emboîtées. Elles séparent nettement les cellules cancéreuses qui les bordent en dedans du parenchyme hépatique qu'elles refoulent en dehors. Elles sont parcourues par un grand nombre de vaisseaux de petit calibre, les uns vides et les autres remplis de globules sanguins. Elles offrent, entre les différentes couches de tissu conjonctif qui les constituent, de nombreuses fentes étroites et allongées qui, sur quelques points, se montrent remplies et dilatées par des éléments cancéreux.

Sur une coupe transversale pratiquée au niveau du hile, la paroi de la veine porte apparaît inégale, desquamée et bourgeonnante sur certains points. Les bourgeons qui en émanent, formés de cellules cancéreuses, sont courts ou allongés, étroits pour la plupart, formant, par leur réunion, ici des amas informes, là des guirlandes et des arcades élégantes. De nombreuses coupes, pratiquées sur les divisions et subdivisions de la veine porte, les montrent dans une petite partie du lobe gauche ainsi que dans toute l'étendue des lobes moyen et droit, complètement remplies d'éléments cancéreux.

OBSERVATION IX

(Murchison, Observation XCI).

*Cancer aigu du foie avec fièvre chez un homme
de vingt-quatre ans.*

James C., âgé de vingt quatre ans, charpentier, admis à l'hôpital Saint-Thomas le 6 novembre 1872.

Pas d'antécédent d'affection maligne dans sa famille, bonne santé antérieure. Six mois avant son entrée, il se donne un effort en tournant une grue. Le testicule gauche enfla et devint sensible, mais la santé générale ne parut pas atteinte.

Il y a six semaines, il commença à se plaindre de douleurs dans le côté droit de l'abdomen, à maigrir et à perdre ses forces. Bientôt après, un médecin découvrit dans l'hypocondre droit une tumeur qui augmenta rapidement. Point de frissons, mais deux fois, durant le sommeil, transpiration abondante.

Au moment de son entrée, émaciation, rougeur hectique sur les joues, température 38°5, vive douleur dans la région du foie et dyspnée. Du côté droit de l'abdomen, voussure distincte se continuant en apparence avec le foie dont le bord inférieur s'étend presque jusqu'au bassin et dont la limite supérieure de la matité atteint jusqu'à 1 pouce et demi au-dessous du mamelon. Surface de la tumeur ferme, unie et modérément sensible, ictère appréciable de la peau et des conjonctives; pas d'ascite, ni de développement des veines abdominales. Langue humide, un peu épaisse; pas d'appétit; soif vive; pas de vomissements, ventre libre, mais sans relâchement; bile dans les matières.

Urines 1018, urates en abondance, un peu de pigments biliaires et traces d'albumine. Décubitus sur le côté droit. Respiration 32, thoracique. Un peu de toux, mais sans expectoration; râles sibilants à la surface des deux poumons, de la résonnance à la percussion; pouls à 120, bruits du cœur normaux. Testicule gauche deux fois aussi gros que le droit, dur, mais non sensible,

Le malade est soumis au régime lacté et à une mixture saline effervescente; potions à la morphine; injections sous-cutanées de morphine et cataplasmes laudanisés pour calmer la douleur, mais le mal continue à progresser rapidement.

8 novembre. — Pouls à 134. Le malade a vomi, la nuit passée, une matière bilieuse verte, sans mélange d'aliments, l'ictère est maintenant très prononcé. Le foie a augmenté encore de volume; il dépasse davantage les côtes et sa matité s'étend jusqu'à un quart de pouce du mamelon; surface unie et résistante. Langue rouge et sèche, garde-robes régulières. Grande prostration et parfois du délire; pas de tremblement ni de sueurs nocturnes. Bruit systolique à la base du cœur se propageant vers les clavicules et le cou.

13 novembre. — Le délire, l'ictère et le volume du foie ont augmenté. La tumeur au-dessous des côtes est plus élastique, mais il n'y a pas de fluctuation distincte. Hier, tremblement prononcé, suivi de chaleur et de transpiration.

15 novembre. — Prostration plus grande, mais plus de frissons. Peau sèche, encore du délire. L'affaiblissement augmente rapidement et le malade succombe le 16 novembre.

AUTOPSIE. — Foie très gros. Avant de l'enlever, il mesure 12 pouces et demi verticalement. Toute sa substance était parsemée de nombreux dépôts cancéreux, extrêmement vasculaires et de volume variable depuis un pois jusqu'à une noix. Bon nombre de ces masses se trouvent à la surface de l'organe, mais ne font point de saillie. Elles n'étaient pas ramollies. A la coupe, elles fournissent un suc laiteux, contenant de nombreuses cellules, avec de gros noyaux, comme on en trouve ordinairement dans le cancer.

Une masse de ganglions cancéreux existait dans le voisinage du rein gauche et s'étendait, le long des vaisseaux, jusqu'au testicule gauche qui contenait aussi une tumeur vasculaire du volume d'une cerise. Les poumons contenaient également de nombreuses tumeurs, semblables à celles du foie. Pas de signe d'inflammation récente sur aucune partie du corps. Cœur sain,

OBSERVATION X (VI d'Hanot).

Cancer massif en amande du lobe droit du foie. Cancer secondaire des ganglions prévertébraux.
Histologiquement ; Epithéliome alvéolaire à cellules polymorphes.

V... (Charles), soixante-sept ans, homme d'équipe, entre le 13 mars 1885 à l'hôpital de la Pitié, salle Rostan, service de M. Cornil, suppléé par M. Chauffard.

Histoire clinique. — Cet homme qui fait remonter à six semaines le début de son affection n'a jamais eu de maladie antérieure, malgré des habitudes alcooliques anciennes.

Ce qui attira d'abord son attention, ce fut l'augmentation de volume du ventre, qui apparut, sans raison appréciable. Les fonctions digestives s'accomplissaient normalement : le malade n'a jamais vomi ; il n'a jamais eu d'ictère. Les jambes commencèrent à enfler il y a trois semaines.

Quand nous voyons cet homme à son entrée, bien qu'il ait le teint basané et terreux, nous ne trouvons à noter qu'une ascite considérable et un œdème, d'ailleurs peu accusé, des pieds et des jambes.

Par le fait du volume de son ventre, il respire assez difficilement. Il se tient de préférence couché, la tête basse, plutôt qu'à demi-assis sur son lit. Le pouls, qui est fréquent, bat d'une manière inégale et irrégulière. Le cœur a des mouvements rapides, sourds et inégaux ; il présente, à l'auscultation, un léger bruit de souffle à la pointe.

La respiration, qui s'exécute assez normalement dans la partie supérieure de la poitrine, est très faible à la base. L'appétit est petit, mais les digestions s'opèrent bien et il n'y a pas de diarrhée. Le ventre, qui est tendu, volumineux, est un peu saillant et mat dans presque toute son étendue ; la partie la plus élevée présente seule de la sonorité. Le côté droit ne présente pas de développe-

ment veineux indiquant une circulation supplémentaire comme c'est une règle dans la cirrhose.

15 mars. — En présence de la gêne circulatoire que présente le malade, on lui fait une ponction dans la fosse iliaque gauche. Il s'écoule un liquide clair, comme dans l'ascite de la cirrhose. Des anses intestinales venant, à plusieurs reprises, obturer la canule, on ne retire que cinq litres de liquide.

16 mars. — Comme le ventre du malade est moins tendu, il est plus facile d'explorer les organes abdominaux. De cet examen, il résulte que le foie n'est pas diminué de volume; mais que, au contraire, il dépasse d'un bon travers de doigt le rebord des fausses côtes. A la pression il est dur et donne la sensation d'un glaçon qui se déplace et fuit sous les doigts qui dépriment la paroi abdominale.

L'exploration de la rate permet de constater une augmentation dans l'étendue de sa matité.

En présence de tous ces signes fonctionnels et physiques, on porte le diagnostic de cirrhose du foie, de nature alcoolique.

26 mars. — Pendant dix jours le malade a été soulagé; mais la ponction a continué à donner issue à un liquide clair, citrin, assez abondant pour mouiller les draps du lit. Cet écoulement pouvait avoir son origine, soit dans l'ascite, soit dans la sérosité provenant de la paroi abdominale très œdématiée.

17 avril. — Le malade meurt dans le marasme, après être resté deux jours dans un état de prostration extrême.

AUTOPSIE. — L'ouverture du cadavre donne issue à une grande quantité de liquide. Les organes de la cavité abdominale sont en place et le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. Sa face convexe présente sur le lobe gauche des granulations blanches, déprimées au centre, du volume d'une pièce de 50 centimes.

Entre ces granulations, le tissu hépatique semble normal. Le lobe droit du foie est le siège d'une énorme masse cancéreuse, qui atteint la face inférieure et reste séparée de la face convexe par une mince bande de tissu sain, qui lui forme une sorte de coque.

Au centre de cette production, on voit une trainée conjonctive contenant des vaisseaux autour desquels semble s'être développé le néoplasme, comme autour d'une sorte de hile.

Les nodosités de petit volume présentent le même aspect. La vésicule biliaire, le canal cholédoque, l'ampoule de Vater sont sains et perméables. La veine-porte semble légèrement diminuée de volume à son entrée dans le foie.

Au devant de la colonne vertébrale et au-dessous du foie, se trouvent deux ganglions gros comme des marrons, de couleur blanchâtre et de consistance molle, comme les nodosités néoplasiques du foie.

L'estomac et tout le tube digestif, les reins et les testicules, sont sains, ainsi que le pancréas. La rate est volumineuse. Dans la cavité thoracique, sauf le cœur dont les cavités droites sont un peu dilatées, les viscères sont d'apparence normale. La veine cave est lisse et saine. Le corps thyroïde, la langue, le larynx, ne présentent aucune lésion. Il en est de même du cerveau.

Examen histologique. — La masse néoplasique, dont le lobe droit du foie est le siège, est formée, dans toute son étendue, d'un stroma creusé d'alvéoles remplies d'éléments cancéreux.

La disposition du stroma est celle qui est habituelle au carcinome hépatique. De larges blocs fibreux donnent insertion à leur périphérie, à des tractus conjonctifs fins, irréguliers et sinueux, qui s'entre-croisent et limitent les alvéoles cancéreuses. Les blocs fibreux représentent évidemment la coupe des espaces portes élargis. Ils renferment souvent de petites cavités arrondies ou allongées, remplies d'éléments épithéliomateux et montrent, par intervalles, des vaisseaux perméables ou obturés par des bouchons cancéreux. Ils permettent, jusqu'à un certain point, de diviser la masse néoplasique en lobules correspondants aux lobules hépatiques détruits.

Les cellules carcinomateuses, plongées dans les alvéoles du stroma, sont mortifiées au centre de chacun des lobules cancéreux où elles se montrent indistinctes, privées de noyaux, et colorées en brun rosé par le picro-carmin. A la périphérie des lobules cancéreux, au contraire, c'est-à-dire au voisinage des blocs fibreux, elles sont en pleine activité.

Elles sont, en général, de petite taille et possèdent un diamètre notablement inférieur à celui des cellules hépatiques. Leur forme est variable : tour à tour polyédrique, cunéenne, cylindrique, cubique, etc.

Ordinairement disposées sans ordre dans les mailles du stroma, on peut les voir, par place, et particulièrement au contact des blocs fibreux qui limitent les blocs cancéreux, s'implanter perpendiculairement au tissu conjonctif en même temps qu'elles prennent une forme cubique ou cylindrique. Leur protoplasma, peu abondant, faiblement grenu, se teint à peine par le picro-carmin. Leur noyau, arrondi, d'un diamètre à peu près égal à celui des cellules hépatiques, se colore vivement par le carmin.

Les petites nodosités cancéreuses, aberrantes, disséminées autour de la masse cancéreuse, présentent la même structure que celle-ci.

Dans le tissu du foie non envahi par la néoplasie, les cellules hépatiques ont perdu toute disposition trabéculaire et apparaissent distendues par d'énormes gouttelettes adipeuses ou criblées de grains pigmentaires qui en masquent les noyaux.

Le tissu conjonctif des espaces n'y est point élargi, mais contient un grand nombre de petites cellules rondes qui infiltrent la paroi des vaisseaux et surtout des canaux biliaires.

L'union du parenchyme hépatique et de la masse cancéreuse s'opère assez brusquement, sans que les lobules du foie soient sensiblement refoulés et comprimés. Les cellules hépatiques cèdent la place aux cellules épithéliomateuses qui apparaissent avec les caractères que nous avons indiqués. Les secondes dérivent-elles des premières ? Le fait paraît vraisemblable, mais à cause des altérations dont les cellules hépatiques sont le siège, il est impossible de l'affirmer. Au voisinage immédiat de la production cancéreuse, le tissu conjonctif du foie prolifère activement ; les espaces portes s'élargissent aux dépens des lobules entamés, et la sclérose péri-capillaire amène la segmentation des travées. Ainsi se constituent les blocs fibreux et les mailles conjonctives du stroma qui préexiste à l'apparition des éléments cancéreux.

OBSERVATION XI

(Observation 4165 de M. le professeur Bard.)

Ch. L...; cinquante-six ans, cultivateur. Père et mère morts âgés, d'affection inconnue. Un frère mort à vingt ans; quatre frères ou sœurs vivants en bonne santé.

Pas d'affection antérieure, pas d'alcoolisme. Marié n'a eu qu'un enfant, mort à l'âge d'un mois.

L'affection actuelle aurait débuté, il y a cinq mois environ par la perte des forces et le dégoût pour certains aliments, en particulier la viande et les matières grasses. Le malade a néanmoins continué son travail jusqu'à il y a un mois.

A cette époque, il a maigri un peu et l'amaigrissement a continué jusqu'à ce jour. Il remarqua que son ventre grossissait et que la pression au niveau du creux épigastrique était douloureuse. Il n'y a jamais eu de douleur spontanée en aucun point; jamais de vomissements, ni de régurgitations. Les digestions se font sans difficulté. Jamais d'hématurie, ni de mélena remarqués par le malade. Jamais de diarrhée; un peu de constipation depuis un mois et demi environ. Le malade reste ordinairement deux jours sans aller à la selle. Les selles seraient colorées normalement, à son dire. Jamais de dysphagie. Jamais de difficulté pour uriner. Il n'y a jamais eu d'ictère, jamais d'épistaxis.

Depuis un mois environ est apparu l'œdème des jambes. Actuellement, le malade ne se plaint que de sa faiblesse. Il s'alimente suffisamment, ne vomit pas et ne souffre pas. Le teint est pâle, le corps amaigri. On constate aux deux membres inférieurs un œdème mou et blanc, remontant jusqu'à la racine des cuisses.

Le thorax est en carène, saillant en avant, très élargi à la base, pas de ganglions sus-claviculaires.

L'abdomen est ballonné, mais peu tendu. La sonorité est très marquée dans la région ombilicale; diminuée dans les flancs. La matité hépatique descend jusqu'à l'ombilic.

On perçoit, à droite, débordant les fausses côtes, une masse énorme, très dure, à surface régulière, légèrement dépressible dans sa totalité et que l'on peut sentir à gauche jusque sous le rebord costal. Dans la fosse iliaque droite, on sent un plastron un peu induré et légèrement rénitent.

Pas de flot lombo-abdominal.

Au poumon, la sonorité est normale. Aux deux bases on trouve quelques râles de moyen volume. Nulle part de souffle, pas de battements.

Au cœur, les battements de la pointe sont très visibles en dedans du mamelon et bien perçus à la palpation.

A l'auscultation, on constate une exagération du deuxième bruit, sans souffle. Pas de battements carotidiens. Pas de pouls veineux jugulaire. Le pouls est ample, régulier, peu tendu.

La radiale ne s'efface pas complètement à la pression.

T. = 37°6.

Urines, pas d'albumine.

31 août. — L'amaigrissement est très marqué, le teint jaunâtre. L'aspect franchement cachectique.

L'œdème des membres inférieurs est très considérable, uniforme, blanc, mou, indolent. L'œdème remonte, dans la région lombaire, jusqu'à la base du thorax. Aucun œdème sus-diaphragmatique.

Un peu de météorisme de l'intestin. Pas d'ascite.

Nulle part de ganglions.

L'estomac n'est pas dilaté. Le malade ne présente ni vomissements, ni diarrhée.

La pointe du cœur se perçoit dans le quatrième espace, en dedans du mamelon; la vibration et le choc sont à peu près égaux. Rien d'anormal à l'auscultation.

Aux poumons, rien d'anormal aux bases. Au sommet gauche, obscurité bien marquée. A droite, un peu de rudesse. Respiration saccadée en avant.

Le foie dépasse à peine les fausses côtes en dehors et remplit l'épigastre. L'extrémité du lobe gauche arrive jusqu'à la ligne mamelonnaire gauche. On perçoit nettement un noyau dur, volumineux, de la dimension d'une orange, situé immédiatement à droite

de la ligne médiane. Un deuxième noyau, du volume d'un petit œuf, est délimitable, également dur, dans le lobe gauche, un peu avant son extrémité. Au delà, le bord de l'organe est perceptible, résistant, sans dureté, sans être tranchant. Au voisinage du noyau principal, de chaque côté, on perçoit moins nettement de petits noyaux secondaires.

La matité splénique est notablement augmentée d'étendue ; mais le pôle inférieur n'est pas perceptible. Pas de réseau veineux abdominal. Cependant on aperçoit les veines épigastriques. La langue est absolument normale, sans enduit, sans être dépouillée.

Teinte subictérique des conjonctives.

Pouls = 100, de très faible tension.

2 septembre. — L'état du malade s'est beaucoup aggravé, dès hier, sans qu'il y ait eu d'épisode aigu ; pas de vomissements, pas d'hémorragie. Il a présenté un peu de délire tranquille et une grande anesthésie pendant la journée d'hier, sans autres phénomènes particuliers.

3 septembre. — L'enterrement ayant eu lieu de grand matin, l'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XII

(Frerichs, *Maladie du foie*, obs. LXXXV.)

Fièvre intermittente pendant quatre semaines, troubles digestifs, nausées, vomissements, ictère sans décoloration des fèces ; gonflement douloureux du foie, sans inégalité à la surface ; épanchement séreux dans la cavité abdominale ; mort par épuisement.

Autopsie. — Nombreux nodus cancéreux dans le foie, dégénérescence carcinomateuse de la muqueuse des conduits biliaires et de la vésicule. Dilatation de la branche gauche du canal hépatique, dont les rameaux sont remplis d'un liquide ichoreux et de caillots tubulés ; épanchement sanguin dans la cavité péritonéale.

R... W..., veuve, âgée de cinquante-quatre ans, entrée le 6 mai et morte le 11 juin 1856, avait éprouvé, un an auparavant, une fièvre quotidienne qui avait duré quatre semaines; elle n'avait eu aucune autre maladie. L'affection actuelle débuta au mois de mars de cette année; cette femme éprouva d'abord un sentiment de pression à l'épigastre, des nausées, parfois des vomissements, mais sans trace de sang. L'appétit et les forces diminuèrent, de sorte que la malade dut se mettre au lit il y a quatre semaines.

Il y a quatorze jours, il s'est développé un ictère qui persiste au moment de l'entrée; les évacuations ont une couleur brune, l'urine contient beaucoup de matière colorante biliaire. Le foie dépasse de deux travers de doigt le rebord costal droit. Il est dur, mais sa surface est lisse et il est sensible à la pression; la matité reste à peu près circonscrite dans les limites normales. La rate est légèrement tuméfiée. On la sent sous le rebord des côtes. Cœur et poumons sains. Enduit grisâtre sur la langue; appétit complètement nul.

Les évacuations présentaient, dans la suite, une coloration rouge brun et une consistance argileuse, on n'y trouvait pas de globules sanguins.

L'ictère resta stationnaire, la malade maigrit, éprouva dans la région du foie des douleurs intenses que des cataplasmes chauds calmèrent; un épanchement se forma dans le ventre et, plus tard, les pieds s'œdématisèrent en même temps que les forces diminuèrent. La saillie dure, formée par le bord du foie, augmenta lentement et de petites inégalités se dessinèrent graduellement à l'épigastre.

14 juin. — Mort par épuisement.

AUTOPSIE. — 7 h. 1/2 après la mort.

Voûte crânienne lisse. Dure-mère fortement ictérique, un peu de sérosité jaunâtre sous l'arachnoïde. Substance cérébrale ferme, contenant peu de sang.

Glande thyroïde pâle; mélanose des glandes bronchiques; voies aériennes d'un jaune pâle; poumons secs et emphysémateux, œdème considérable dans les lobes inférieurs.

Une petite quantité de sérosité dans le péricarde, caillots mous,

endocarde d'un jaune foncé; léger épaissement des valvules, tissu musculaire sain.

(Esophage pâle, muqueuse de l'estomac jaunâtre; vers la moitié de la grande courbure, ulcération plate, de la grandeur d'un gros-chen, à fond lisse et à bords taillés à pic. Matières d'un gris brun dans l'intestin. Muqueuse intestinale intacte partout. Liquide sanguinolent, en quantité modérée, dans la cavité abdominale. Le péritoine présente, au voisinage du foie et dans les plis de Douglas, des caillots étendus, adhérents, de différents âges et çà et là, de petits noyaux cancéreux, accompagnés d'une vive injection. Rate ferme, d'un rouge brun foncé, un peu tuméfiée.

Le foie porte, sur ses deux faces, des noyaux cancéreux, nombreux, du volume d'une lentille à celui d'une noix, en partie encore recouverts d'une couche de parenchyme; aussi paraissaient-ils complètement lisses au toucher et ne faisaient-ils que fort peu de saillie. Le tissu du foie est d'un brun vert sale, mou; sur la coupe, on voit partout des conduits biliaires remplis de pus et présentant, par place, des dilatations sacciformes; la muqueuse qui les tapisse est le siège de végétations cancéreuses. Celles-ci sont en très grand nombre à l'entrée de la branche gauche du canal hépatique, où elles forment un obstacle assez grand pour que les conduits biliaires du lobe gauche aient subi une dilatation qui ait jusqu'à 4 centimètres de circonférence. Ces conduits sont remplis par un ichor, d'un brun sale et des caillots tubulés, de la même couleur; leurs parois sont minces et lisses.

Ces végétations cancéreuses s'étendent, en suivant les conduits biliaires, jusqu'à la vésicule dont les parois sont infiltrées; celle-ci contient deux calculs, de la grosseur d'une noisette et d'une matière d'un brun sale, en bouillie, que la pression fait sortir dans le duodénum par le canal cholédoque.

Entre le vésicule et le duodénum, on trouve une glande, du volume d'un œuf de poule, infiltrée de matière cancéreuse et unie à ces deux organes. Le canal de Wirrsung est dilaté.

Les reins ont leur volume normal; ils ont une couleur ictérique intense, avec des stries d'un brun foncé verdâtre. Leur consistance est normale. La vessie est vide et pâle.

Utérus un peu volumineux, son parenchyme est décoloré, Ovaires atrophiés.

OBSERVATION XIII (XIX de Hanot).

*Cancer hépatique avec cirrhose. Cancer secondaire des
poumons.*

Histologiquement : Epithéliome trabéculaire.

T... (Louis) cinquante-neuf ans, entré le 19 juin 1885 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran, 5, service de M. Tenneson.

Histoire clinique. — Père mort phthisique, deux enfants et une sœur également.

Antécédents personnels. — Sujet à la migraine dans son jeune âge; il a eu, à quarante-quatre ans, une attaque de rhumatisme articulaire qui a duré deux mois. Depuis cinq ans, il a, de temps en temps, des poussées d'eczéma sur différentes parties du corps. Quant à sa santé habituelle, elle était excellente : pas d'alcoolisme. pas de syphilis. Une cataracte de l'œil gauche datant de quatre ans. Depuis quelques mois, le malade s'aperçoit que son appétit diminue; mais il n'y a, en réalité, que deux mois qu'il s'est inquiété de ce symptôme parce que ses digestions devenaient plus difficiles; il avait des éructations et de la diarrhée, ses forces diminuaient et il maigrissait un peu.

En même temps, pesanteur dans l'hypocondre droit et, en même temps, œdème des membres inférieurs et des bourses. Epistaxis fréquentes. Depuis un mois seulement, l'abdomen augmente de volume, l'appétit se perd tout à fait et, à la diarrhée, succède une constipation opiniâtre. La faiblesse augmente, le malade ne peut plus travailler et, de plus, la respiration devient difficile; c'est alors que T. se décide à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Tenneson.

Etat actuel. — Le malade est assis sur son lit et respire difficilement. Le visage est bronzé et amaigri, les sclérotiques sont

nettement ictériques. L'ictère n'est pas généralisé et l'amaigrissement n'est pas prononcé sur les membres.

L'abdomen est très distendu ; sonorité tympanique à la partie supérieure ; matité et fluctuation à la partie inférieure.

Le météorisme empêche de délimiter le foie par la percussion ; mais, en déprimant fortement la paroi abdominale avec les doigts, on arrive sur le bord antérieur du foie qui est dur et ne paraît pas déformé. On ne trouve pas la rate.

(Edème des membres inférieurs. Rien aux bourses. Au cœur, léger souffle systolique à la pointe. Un peu de congestion pulmonaire aux deux bases. Urines rouge-brun avec un sédiment uratique abondant, sans albumine ni sucre ; coloration hémaphérique par l'acide azotique.

Sur la partie antérieure du thorax, *ptyriasis versicolore* et, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche, kyste sébacé datant de trente ans.

Le malade est faible, mais son état général n'est pas trop mauvais (il travaillait encore il y a huit jours) et l'amaigrissement n'est pas encore trop prononcé. Pas d'élévation de température (37°4).

On hésite, comme diagnostic, entre cirrhose mixte et cancer du foie, et on prescrit 30 grammes d'eau-de-vie allemande.

29 juin. — La purgation a amené des selles abondantes, et l'ascite a paru diminuer un peu. On donne du lait et des diurétiques.

3 juillet. — Pas de diurèse. L'appétit est complètement perdu. Le malade reste affaibli dans son lit et ne s'occupe plus de ce qui l'entoure. Langue sale.

7 juillet. — L'adynamie a fait des progrès. Le malade meurt en hypothermie.

AUTOPSIE. — Ascite considérable, liquide citrin transparent. Le foie pèse 2 kg. 590. Il est peu déformé dans son ensemble, granuleux à sa surface ; il dépasse les fausses côtes de neuf travers de doigt. Sa consistance est ferme. Les coupes ont un aspect différent, suivant les points sur lesquels elles portent. A certains

endroits, on dirait de la cirrhose vulgaire ; à d'autres endroits, de la cirrhose graisseuse. A la convexité, on trouve des tumeurs blanchâtres, saillantes, et laissant échapper une matière d'aspect sébacé. Sur la plupart des coupes, la structure normale du foie a entièrement disparu.

L'estomac est reveru sur lui-même ; la muqueuse est épaissie, ecchymotique, sans lésions cancéreuses.

L'intestin, distendu par des gaz, est normal.

Rate scléreuse, un peu augmentée de volume.

Reins congestionnés. Cœur normal.

Aux sommets des poumons, sur leurs faces interne et externe, et aux bases, on trouve de petites nodosités cancéreuses blanchâtres, du volume d'un pois à celui d'une noisette. Pas de ganglions cancéreux, ni dans la cavité abdominale, ni dans la cavité thoracique.

Examen histologique. — Il a porté sur le parenchyme hépatique intermédiaire aux nodosités cancéreuses, sur les nodosités cancéreuses intra-hépatiques jeunes et anciennes, et enfin sur les nodosités cancéreuses intra-pulmonaires.

Le tissu du foie intermédiaire aux nodosités cancéreuses, présente des lésions de l'épithélium et du tissu interstitiel. Les lésions de l'épithélium sont celles de l'hépatite parenchymateuse nodulaire, décrite par MM. Kelsch et Kiener. Les lésions du tissu interstitiel sont fort peu marquées. Il existe cependant un très léger degré de cirrhose. Par places, les espaces contiennent de nombreuses cellules rondes et lancent quelques jetées fibreuses.

Les nodosités néoplasiques intra-hépatiques, de petites dimensions, sont formées de blocs et cylindres cellulaires pleins, d'un diamètre considérable, contournés et anastomosés, et paraissant, avec un faible grossissement, vivement colorés par le carmin. A un fort grossissement, ils se montrent formés d'éléments d'un diamètre notablement inférieur à celui des cellules hépatiques. Ces éléments, nombreux, serrés, de forme polyédrique, possèdent un noyau arrondi ou ovalaire d'un diamètre égal ou inférieur à celui des cellules hépatiques, coloré en rose par le carmin, et un protoplasma fortement granuleux coloré en jaune brun par le picro-

carmin. Les blocs et cylindres cellulaires sont séparés les uns des autres par une double rangée de cellules endothéliales, qui n'est autre chose que la paroi des capillaires normaux du foie.

Les nodosités néoplasiques de grandes dimensions sont, pour la plupart, enkystées. Les unes sont envahies par le tissu fibreux, les autres ont subi la dégénérescence graisseuse ; d'autres, enfin, sont nécrobiosées. Au pourtour et à distance des nodosités cancéreuses, se montrent des vésicules remplies par des éléments épithéliomateux disposés sans ordre, et possédant les mêmes caractères micro-chimiques que ceux des nodosités.

Les nodosités néoplasiques intra-pulmonaires sont formées de blocs cellulaires, séparés les uns des autres par la paroi des alvéoles du poumon. Ces blocs cellulaires sont composés d'éléments qui présentent les mêmes caractères que ceux des nodosités et vaisseaux intra-hépatiques.

Un certain nombre d'entre eux contiennent des granulations pigmentaires jaune verdâtre et, dans leurs interstices apparaissent de nombreux grains de même couleur.

OBSERVATION XIV

(Cayla, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1883.)

Cancer massif du lobe droit du foie.

H. J..., originaire de Bordeaux, âgé de quarante-quatre ans, entre à la clinique le 29 mars 1883 pour une tumeur développée dans les régions épigastrique et hypocondriaque du côté droit. Le début de la maladie remonte à trois mois et s'est annoncé par un malaise général, rapporté par le sujet lui-même aux ennuis engendrés par la détresse dans laquelle étaient tombées ses affaires.

Les antécédents héréditaires du sujet sont très obscurs : il a une sœur qui est atteinte d'une hémiplegie gauche, consécutive à une hémorragie cérébrale, selon toute probabilité ; cinq enfants

qui jouissent d'une santé excellente. Sa femme a succombé, il y a deux ans aux suites de la variole.

Le malade tenait un débit de vin depuis dix années et dirigeait lui-même son établissement, ce qui nous porte à croire qu'il a dû absorber des quantités considérables d'alcool; sur ce sujet, il est d'ailleurs parfaitement d'accord avec nous et reconnaît sans peine avoir eu l'habitude de se livrer à des excès alcooliques. A part cela, nous ne trouvons rien à signaler dans son histoire pathologique personnelle; ni syphilis, ni scrofule, ni rhumatisme, ni fièvres intermittentes, ni dysenterie.

Le chagrin, au dire du malade, aurait contribué pour une grande part au développement de l'affection actuelle. Lentement et progressivement, il aurait senti ses forces s'affaiblir; son appétit s'éteindre d'une manière à peu près complète et tout cela sans secousse violente, sans réaction générale importante.

Il y a un mois, la prostration générale est devenue si grande que le sujet s'est senti incapable de faire un travail un peu pénible et qu'il a enfin compris que sa situation devait lui inspirer de réelles inquiétudes. Jusque-là, il n'avait eu que quelques rares vomissements, sans douleur dans la région hépatique, ni dans l'épaule, sans hoquet, sans fièvre. En somme, rien chez lui n'indiquait que le nerf phrénique fût en souffrance, bien que le diaphragme se trouvât refoulé bien haut vers les parties supérieures de la cage thoracique, comme nous le verrons plus loin.

Deux symptômes résumaient, pour lui, sa situation : absence complète d'appétit, diminution toujours croissante des forces.

Aujourd'hui même il n'y a rien de changé à ses yeux, le gonflement du ventre, qui offre des proportions considérables, n'ayant que médiocrement attiré son attention.

Cet homme, d'une taille moyenne, d'une stature ordinaire, porte sur son visage amaigri l'empreinte d'une maladie déjà ancienne, et qui a jeté dans toutes les fonctions un trouble considérable. Les tissus sont généralement pâles, mais l'aspect n'est ni terreux, ni subictérique.

Le thorax est amaigri sans doute, mais cet amaigrissement n'est pas aussi marqué que dans la cirrhose atrophique. Le contraste

frappant qui, dans la cirrhose de Laënnec, s'observe entre le thorax décharné et l'abdomen considérablement distendu, manque absolument dans le cas actuel. La région épigastrique est fortement bombée; le ventre, au niveau des flancs et de l'hypogastre, n'est que très peu augmenté de volume. Les parois abdominales sont parcourues par des réseaux veineux dont le développement est, en somme, peu avancé. La tuméfaction indiquée plus haut semble se rapporter à la présence du foie hypertrophié. La matité hépatique commence en haut au niveau d'une ligne passant par les deux mamelons, à 7 centimètres au dessus de l'appendice xiphoïde; à sa limite inférieure, elle décrit une courbe qui passe à 6 centimètres au-dessous de l'ombilic. Dans son diamètre vertical, elle mesure 29 centimètres et se termine à gauche à 11 centimètres à partir d'une ligne parallèle à l'axe du corps passant par l'ombilic. La rate présente son volume normal. Les fonctions digestives s'accomplissent toujours mal. Il existe un peu de tendance à la constipation depuis le début de la maladie. Les urines sont très rouges et laissent déposer un précipité couleur de brique pilée, très abondant. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace, à 1 centimètre en dehors du mamelon; les bruits cardiaques ne sont pas modifiés sensiblement dans leur timbre ou dans leur rythme; le poulx, petit et fréquent, bat 110 fois par minute.

Le malade, avant le début de son affection, saignait fréquemment du nez et particulièrement de la narine gauche; depuis, ces épitaxis ont beaucoup diminué, mais se reproduisent toutefois de temps en temps. Le système nerveux central et périphérique ainsi que les organes des sens semblent avoir conservé une intégrité parfaite.

Quelle conclusion tirer de tous ces signes, relativement à l'affection présentée par notre sujet? (ici l'auteur entre dans de longues considérations relatives à la difficulté du diagnostic).

1^{er} avril. — Le malade a saigné du nez plusieurs fois la veille, toujours par la narine gauche. Le réseau veineux augmente de netteté. On continue toujours la même médication : régime lacté, vin de quinquina, potion composée de X gouttes de noix vomique et de 4 grammes d'extrait mou de quinquina avec 1 milligramme

de phosphure de zinc. Cependant notre maître, M. Picot, qui, depuis deux jours seulement a vu le malade, émet l'idée d'un cancer du foie en s'appuyant plus spécialement sur la rapidité de la marche cachectique de la maladie. Il rapproche ce cas de ceux que nous avons déjà observés dans le service et pense qu'il s'agit, selon toute probabilité, d'un cancer primitif.

20 avril. — Cette hypothèse ne tarde pas à se vérifier et cependant les symptômes qui surgissent pourraient faire croire à une affection carcinomateuse de l'estomac ayant retenti sur le foie. En effet, le malade a vomi la veille une grande quantité d'un liquide présentant une coloration marc de café. Toutefois, cette idée ne peut se soutenir, puisque les troubles digestifs signalés n'ont jamais été ceux d'un cancer stomacal. Au reste, le lobe droit de la glande hépatique forme toujours une espèce de promontoire qui s'avance vers les limites inférieures de la région ombilicale. En arrière de la poitrine et à droite, on trouve une matité absolue à partir de l'épine de l'omoplate jusqu'à la base; dans cette zone, les vibrations thoraciques ainsi que le murmure vésiculaire ont disparu, mais on n'entend ni égophonie, ni pectoriloquie; de plus, le thorax n'est nullement déformé; l'hypothèse d'une cirrhose hypertrophique graisseuse est donc abandonnée et l'on accepte le diagnostic de cancer primitif du foie.

25 avril. — Le malade continue à vomir des quantités considérables d'un liquide analogue dans sa nature à celui que nous avons précédemment indiqué. L'affection fait des progrès effrayants et la terminaison fatale ne se fera pas longtemps attendre. Les urines rendues dans les vingt-quatre heures ne dépassent pas le chiffre de 50 grammes, mais contiennent 10 grammes pour 1000 d'urée. L'œdème développé autour des malléoles s'accuse de plus en plus; toutefois il ne dépasse pas le genou; sur la jambe droite, il est beaucoup moins accentué qu'à gauche; et, d'une manière générale, qu'on le considère à droite ou à gauche, il est bien loin d'atteindre les mêmes proportions que dans les maladies du cœur, des reins et la cirrhose de Laënnec. La cavité abdominale est fortement distendue par des gaz, mais elle ne contient pas de liquide.

Le malade meurt le 27 avril, après avoir présenté, jusqu'à la dernière heure, les mêmes vomissements.

Notons que nous n'avons jamais noté ni sucre, ni albumine dans les urines.

AUTOPSIE (le 28 avril). — Le cadavre ne présente rien de particulier à la surface extérieure, sauf la tension de l'abdomen et l'amaigrissement cachectique constaté pendant les derniers jours. A l'ouverture du corps on ne trouve pas de liquide dans l'abdomen. Les organes présentent la disposition suivante : le foie descend bien au-dessous du rebord des fausses côtes. Son bord inférieur en est séparé, au niveau de la ligne mamelonnaire, par une distance de 18 centimètres ; sur la ligne médiane, à partir de l'appendice xiphoïde, il s'avance dans la cavité abdominale suivant une étendue de 20 centimètres. Il gagne l'hypocondre gauche et déborde de 10 centimètres les fausses côtes de ce côté. L'estomac est notablement distendu. Il occupe la fosse iliaque et s'arrête à l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'os des îles ; son grand diamètre, dirigé obliquement de haut en bas et de gauche à droite, mesure 23 centimètres, tandis que son petit diamètre compte 10 centimètres.

Quand on a enlevé le sternum, on reconnaît que le foie est aussi augmenté de volume dans ses portions supérieures, qu'il s'élève vers le sommet du thorax, refoulant devant lui le diaphragme et le poumon jusqu'au troisième espace intercostal ; cependant il n'y a pas d'adhérences ; les deux cavités pleurales sont libres, sauf la gauche, où il existe environ 200 grammes de liquide. Le cœur, toutefois, n'est pas déplacé.

Examen des organes. — Poumon gauche : il est emphysémateux dans son bord antérieur et en partie dans son bord postérieur ; seule, la base est congestionnée. Sur la coupe, même état. Poumon droit : il est également emphysémateux dans le lobe supérieur, et, particulièrement, à la partie antérieure ; les lobes moyen et inférieur sont congestionnés et oedémateux. Nulle part on ne trouve de granulations tuberculeuses, ni de noyaux cancéreux.

Cœur. — Il pèse 290 grammes. Il est mou, particulièrement le ventricule droit, dont la cavité est occupée par un caillot agonique. Sur une coupe passant par la moitié de la hauteur, les cavités ventriculaires mesurent : à droite 55 millimètres de diamètre ; à gauche 45 millimètres de diamètre. Les parois du cœur mesurent : celle du cœur droit 8 millimètres en épaisseur, celle du cœur gauche 2 centimètres en épaisseur. La circonférence du ventricule gauche est de 21 centimètres. La valvule tricuspide ne présente rien de particulier ; l'infundibulum de l'artère pulmonaire non plus. Les valvules sigmoïdes de l'aorte ne sont pas malades ; sur les parois, quelques plaques d'athérome.

Foie. — Il pèse 9 kg 500. L'hypertrophie porte surtout sur le lobe droit qui mesure : 33 centimètres dans son diamètre vertical, 20 centimètres dans son diamètre transversal, 15 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur. Le lobe gauche est également augmenté de volume et mesure : 22 centimètres dans le sens vertical, 11 centimètres dans le sens transversal, 5 centimètres dans le sens antéro-postérieur.

Quand on examine l'organe à l'extérieur, on trouve qu'il présente sur son sommet et vers la partie droite, une zone ramollie ; des nodosités réparties tant sur sa face inférieure que sur sa face supérieure, de telle sorte que sa face antérieure, seule accessible pendant la vie, était restée absolument lisse.

Vue sans aucune section, la masse morbide du foie paraît être constituée par une seule tumeur, composée de nodosités qui, toutes, font corps ensemble.

La coupe pratiquée, on constate que l'hypothèse d'une tumeur unique est confirmée. Il s'agit, en effet, d'un vaste cancer encéphaloïde avec des lésions diverses dans son épaisseur. Ainsi dans sa partie supérieure, il était creusé par un foyer hémorragique qui s'est vidé quand la section a été faite. Il importe de faire remarquer que la tumeur s'est développée dans le lobe droit exclusivement ; qu'elle a envahi la presque totalité de ce lobe, sauf, à la partie antérieure, une zone dont l'épaisseur avait, en allant de haut en bas, de 1 à 4 millimètres. Dans le lobe gauche, il n'y avait pas de trace de cancer. pas plus que dans les bords de tout l'organe. La tumeur

est unique et n'a envoyé de prolongement dans aucune direction.

La vésicule biliaire renferme une bile extrêmement pâle et très épaisse : elle ne contient pas de calcul ; son tissu est parfaitement sain, ainsi que celui du canal cystique et celui du canal cholédoque.

Le pancréas est normal. La rate, petite, est remplie d'une boue splénique, couleur lie de vin ; mais n'est atteinte d'aucune dégénérescence. L'estomac n'est modifié que par la présence de quelques arborisations vasculaires dans le cardia ; dans le duodénum, au niveau de l'ampoule de Vater et dans les conduits biliaires, ainsi que dans l'intestin, aucune lésion. Dans le gros intestin, le rectum et l'orifice anal, aucune tumeur. La vessie, le canal de l'urètre, la prostate, les uretères sont absolument sains. Il n'y a absolument rien du côté des ganglions prévertébraux ni de la colonne vertébrale.

Rein gauche. — Il pèse 180 grammes. Il est décoloré, particulièrement dans la substance corticale qui a pris une légère teinte jaunâtre, indice d'une dégénérescence graisseuse d'origine cachectique. La capsule se détache facilement.

Rein droit. — Il est englobé dans le foie par sa moitié supérieure et fait corps avec la tumeur hépatique elle-même. Cette dégénérescence est secondaire, car il serait difficile d'expliquer qu'un cancer parti du rein eût épargné la moitié de cette glande, alors qu'il se serait propagé à la totalité du foie.

OBSERVATION XV

(Aussourd, thèse de doctorat, 1882.)

La nommée N. Henriette, âgée de quarante-neuf ans, entre à l'hôpital Necker, le 9 novembre 1881, dans le service de M. Gran-cher, salle Sainte-Thérèse, lit n° 10.

Pas de maladies antérieures. Habitudes alcooliques. Depuis longtemps, la malade est sujette à des rêves, à des cauchemars ; elle rejette quelques glaires le matin en se levant.

Pas de tremblements. Pas de troubles de la sensibilité.

La maladie actuelle a été précédée, pendant trois mois environ, de malaises consistant principalement en troubles gastriques peu accusés.

La malade n'avait plus d'appétit, éprouvait des nausées sans vomissements ; elle n'a vomi qu'une seule fois de la bile et des glaires, le jour de son entrée à l'hôpital.

Depuis cette même époque, elle ressentait une douleur continue, mais peu intense dans le flanc gauche.

7 novembre. — La malade éprouva, en se levant, une grande lassitude, de la courbature générale et elle eut des frissons toute la journée ; sa douleur du flanc gauche devint un peu plus aiguë et s'étendit dans la région des reins.

Le lendemain, la situation était devenue plus grave, il fut impossible à la malade de quitter le lit. Elle entra à l'hôpital, le 9 novembre.

9 novembre. — A la visite du soir, il existait une fièvre vive ; le facies était rouge, très animé ; les yeux brillants ; il n'y a pas eu de céphalalgie ; les nuits sont bonnes. La langue est rouge, sèche, dépouillée de son épithélium ; la bouche est mauvaise ; l'haleine est légèrement fétide.

L'examen de la gorge n'y fait rien apercevoir d'anormal ; la malade ne souffre pas, d'ailleurs, dans les mouvements de déglutition.

Inappétence presque absolue, surtout depuis les deux jours que dure la fièvre ; c'est aujourd'hui que la malade a vomé quelques matières glaireuses avec un peu de bile.

Le ventre n'est pas ballonné, ni douloureux ; cependant, en pressant fortement dans le flanc gauche, on éveille une douleur assez vive. Pas de gargouillements. Constipation depuis deux ou trois jours. La malade tousse fort peu, sans cracher. L'examen physique de la poitrine ne fait rien découvrir d'anormal. Rien non plus au cœur.

En somme, le tableau clinique à ce second jour de la maladie se résumait en ceci : fièvre intense, survenant brusquement après trois mois de malaises et de troubles gastriques, qui paraissent pouvoir être rattachés aux habitudes alcooliques de la malade.

Avec cela, quelques nausées et un vomissement, une douleur vague dans le flanc gauche et dans les reins.

M. Grancher émit l'hypothèse d'un début de variole et prescrivit quelques purgatifs pour le lendemain matin.

10 novembre. — L'état de la malade est sensiblement le même. La fièvre est assez vive. Pas d'éruption.

Le purgatif a déterminé plusieurs garde-robes abondantes, gargouillements disséminés dans le ventre. Urines normales comme quantité et comme couleur. Pas d'albumine.

Les jours suivants, la situation ne se modifie pas sensiblement.

L'examen des viscères, pratiqué soigneusement tous les jours, donne les mêmes résultats négatifs. Il n'existe toujours pas de céphalalgie, ni de délire. Le sommeil est assez bon. Cependant, la température reste élevée avec des rémissions matinales plus marquées.

Le ventre, qui est toujours douloureux du côté gauche, est le siège de gargouillements qui se produisent indifféremment dans toutes ses parties. Depuis l'administration du premier purgatif, il existe une diarrhée assez abondante dont les matières communiquent au linge une teinte saumonée.

L'âge avancé de cette femme, le début brusque de sa maladie, l'absence complète de phénomènes cérébraux et de catarrhe bronchique rendaient peu vraisemblable l'existence d'une fièvre typhoïde ; cependant, en l'absence de tout autre diagnostic possible, ce fut l'idée à laquelle se rattacha M. Grancher, mais avec des réserves et en mettant sur la pancarte l'étiquette un peu moins compromettante de fièvre continue. Les taches rosées lenticulaires ont manqué, d'ailleurs, jusqu'à la fin.

16 novembre. — On aperçoit, il est vrai, deux ou trois taches un peu saillantes sur la poitrine, mais ces taches, perdues au milieu d'une éruption assez abondante d'acné, et ne se retrouvant ni sur le ventre, ni sur aucune autre partie du corps, n'étaient pas d'ailleurs assez nettes pour qu'on pût les considérer comme de véritables taches rosées lenticulaires.

Dans la nuit du 19 novembre, sans que rien, dans les jours précédents, ou même dans la journée, fit prévoir ce dénouement,

la malade qui, un quart d'heure auparavant, causait avec sa voisine, tomba de son lit sur le parquet et on la trouva morte. La veille encore, on avait examiné les urines et on n'avait pas trouvé d'albumine.

AUTOPSIE. — Le 21 novembre, trente heures après la mort.

Les poumons ne présentent rien de particulier. Le péricarde et le cœur sont sains. Les cavités cardiaques ne contiennent aucun caillot, il n'existe pas non plus de coagulation dans les gros vaisseaux artériels. L'estomac, absolument normal, l'intestin, ouvert depuis le pylore jusqu'aux dernières portions du rectum, ne contient aucune trace de lésions.

La rate présente son volume ordinaire et une consistance ferme.

Les reins sont sains. Deux petits corps fibreux, très superficiels, sur la partie postérieure de l'utérus.

Le foie un peu volumineux, mais ayant sa forme normale, contient un certain nombre de noyaux légèrement saillants à la surface. Aussi bien, sur la face inférieure le volume de ces noyaux varie depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'un œuf de poule.

Il en existe un au-dessous de la vésicule biliaire qui présente même le double de ce dernier volume.

A la coupe, ces noyaux ont une couleur blanchâtre, d'aspect et de consistance encéphaloïde; quelques-uns sont légèrement ramollis au centre et contiennent de petites hémorragies. Il y en a même qui sont creusés de cavités assez grandes, remplies de sang noir.

Au-dessus de ces noyaux, le péritoine est intact; dans l'épaisseur de l'épiploon gastro-hépatique, il existe une tumeur volumineuse, formée de trois ou quatre ganglions cancéreux accolés.

Un accident de préparation ne permet pas de suivre les grosses voies biliaires dans toute leur longueur, mais il est très probable qu'elles étaient restées perméables, car la partie qui restait attenant auprès n'était ni dilatée, ni obstruée en aucune façon.

OBSERVATION XVI (XII de Hanot.)

Cancer nodulaire primitif du foie.

Histologiquement : Epithéliome alvéolaire à petites cellules polyédriques.

K... (Marie), vingt-huit ans, matelassière, entre le 24 août 1880 à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Claire, n° 8, dans le service de M. le professeur Jaccoud, suppléé par M. Hanot.

Histoire clinique. — Femme ayant toutes les apparences d'une santé florissante. Pas de maladies antérieures. Un peu d'alcoolisme professionnel.

Cette malade s'est fait admettre à l'hôpital pour de violentes douleurs dont elle souffre, à ce qu'elle dit, depuis quelques semaines, mais non d'une façon continue. Ces douleurs siègent au niveau des insertions diaphragmatiques antérieures. Elles s'irradient vers la région latérale droite du cou, vers l'épaule et le côté droit.

La plus légère pression les exagère et arrache des cris à la malade. En même temps, dyspnée intense. Respirations courtes et répétées.

La réunion de tous ces symptômes fait croire au premier abord à une névralgie du phrénique. Mais, à l'examen de la région abdominale, on constate une tuméfaction notable du foie.

Rien de particulier à l'inspection du ventre. Il n'est pas déformé, mais seulement un peu tendu. A la percussion, on constate que la zone de matité du foie est étendue dans tous les sens, mais principalement en haut. La palpation donne la sensation d'une dureté ligneuse, ou plutôt presque pierreuse. Le bord antérieur de l'organe est arrondi, un peu émoussé. Pas de fluctuation.

La malade n'a jamais eu de troubles digestifs, ni d'hémorragie, ni d'ictère. De plus, la rate a son volume normal; il ne s'agit donc point de cirrhose hypertrophique. Le bon état général de la malade fait écarter le diagnostic du cancer.

M. Huchard croit à un kyste hydatique. Il prie son collègue, M. Hanot, de lui donner son avis sur la malade.

M. Hanot penche vers le même diagnostic. Une ponction exploratrice est décidée.

30 août, — Ponction pratiquée avec l'appareil Dieulafoy. Pas de résultat. L'aiguille n'a pu être enfoncée que de 3 ou 4 centimètres et a failli se rompre en raison de la résistance de la tumeur.

9 septembre. — La tumeur semble s'être affaïssée. Douleur très vive à la base du thorax, en arrière.

Traitement : vésicatoire ; injection morphinée.

14 septembre. — Constipation tenace.

Traitement : eau de Montmirail.

19 septembre. — A un nouvel examen de la tumeur, la dureté pierreuse semble encore plus manifeste. On songe un instant à la possibilité d'un kyste hydatique alvéolaire.

20 septembre. — La malade sort de l'hôpital toujours en très bon état apparent.

8 novembre. — Elle rentre dans le service six semaines après, lit n° 18, salle Sainte-Claire.

Son aspect est tout différent. Elle a maigri considérablement. Son teint est celui d'une cachectique. Les sclérotiques présentent une légère suffusion jaunâtre. Troubles digestifs, vomissements fréquents. Les douleurs sont de plus en plus intolérables.

L'abdomen a augmenté de volume. Il est dur à la pression dans toute son étendue. On a la sensation d'une énorme tumeur qui occupe toute la cavité. Mais pas d'inégalités, ni de bosselures à la palpation. Pas d'ascite.

M. Jaccoud, qui a repris le service, diagnostique un cancer du foie.

La cachexie fait des progrès extrêmement rapides. L'ictère devient très manifeste dans les derniers jours. Douleurs toujours très vives, contre lesquelles on n'a d'action ni avec le chloral, ni avec la morphine à hautes doses.

La malade succombe, dans le collapsus, le 4 décembre.

Pendant la durée du séjour à l'hôpital, l'apyrexie a été continue.

AUTOPSIE. — Foie énorme, pesant 15 livres et demie. Cet organe est peu déformé, couleur presque normale, un peu plus foncée

cependant qu'à l'ordinaire. Sur la face convexe, deux bosselures de la grosseur d'un œuf de poule, dont la coloration gris blanc tranche sur le fond rouge brun de l'organe. Ça et là, sur le reste de la surface du viscère, d'autres bosselures du volume d'une noisette.

Plusieurs coupes du foie, pratiquées dans divers sens, nous montrent les mêmes nodosités isolées et entourées par des zones de tissu sain.

Ces nodosités cancéreuses sont assez dures. Leur surface de section est d'un blanc sale. C'est peut-être l'absence de ces nodosités au niveau du hile du foie qui explique l'absence de l'ictère pendant la vie, jusqu'à la période terminale.

Les autres organes sont sains.

Examen histologique. — A distance des nodosités cancéreuses, la disposition lobulaire et trabéculaire du foie n'est pas sensiblement modifiée. Les cellules hépatiques sont infiltrées de pigment biliaire et ne laissent voir de noyaux qu'après coloration au picrocarmin. Le tissu conjonctif des espaces, les veines centrales des lobules, les vaisseaux périlobulaires et les canaux biliaires paraissent inaltérés. Par places les capillaires sont congestionnés.

Au voisinage immédiat des nodosités cancéreuses, les travées hépatiques se tassent et décrivent des cercles concentriques. Les cellules constitutantes s'aplatissent, s'allongent en fuseau et finissent par disparaître sur quelques points, permettant ainsi l'adossement de la paroi des capillaires, normale ou épaissie.

Par conséquent, entre le parenchyme hépatique et les nodosités néoplasiques, il existe une ligne de démarcation aussi nettement marquée que dans le cancer secondaire du foie.

Examinées avec un faible grossissement, les nodosités cancéreuses montrent des îlots scléreux et des bandes épaisses de tissu conjonctif qui contiennent des vaisseaux et quelques lacunes remplies d'éléments épithéliaux.

Purement fibreuses au centre des nodosités, les bandes conjonctives renferment à la périphérie des cellules hépatiques fusiformes et finalement s'élargissent pour se confondre avec le parenchyme du foie. Elles résultent donc de la disparition d'un certain

nombre de travées hépatiques primitivement interposées à des nodosités distinctes et permettent de diviser les nodosités en nodus élémentaires.

Les nodus élémentaires sont, en général, d'une forme arrondie irrégulièrement ou ovulaire: leurs dimensions, variables, égalent celles de plusieurs nodules hépatiques. Des bandes fibreuses épaisses, qui limitent leurs contours, se détachent de fines travées conjonctives, irrégulières et serpentineuses qui se résolvent en un réticulum délicat. Ce tissu conjonctif intra-nodulaire prend une faible part à la constitution des nodosités cancéreuses.

Tantôt il est si peu abondant qu'à l'examen des coupes, avec un faible grossissement, il devient à peu près invisible et qu'alors les nodus élémentaires semblent uniquement constitués par un entassement d'éléments épithéliaux. Tantôt, bien que peu développé, il suffit à segmenter les nodus élémentaires en un certain nombre de blocs irréguliers et parfois à grouper les éléments cellulaires sous la forme de cylindres contournés et anastomosés.

Fréquemment nécrobiosés au centre des nodus où ils sont indistincts, privés de noyaux et confondus en une masse indistincte colorée en jaune sale par le picro carmin, les éléments cancéreux sont en pleine activité à la périphérie, au contact du tissu conjonctif péri-nodulaire et des travées fibreuses intra-nodulaires qui en émanent. Ils sont remarquables par leur similitude de forme, de dimensions et de coloration. Ils sont tous polyédriques par pression réciproque et globuleux à l'état d'isolement. En aucun point, ils ne deviennent cylindriques ou fusiformes. Ils sont entassés au hasard dans les cavités qui les contiennent et, nulle part, ne s'implantent perpendiculairement aux cloisons conjonctives. Leur diamètre oscille autour de $14\ \mu$. Leur protoplasma est grenu et se colore en jaune par le picro-carmin. Leur noyau, arrondi, atteint environ $8\ \mu$ de diamètre, est coloré en rose opaque par le picro-carmin et se divise pour donner naissance à deux, quatre noyaux et davantage inclus dans un corps protoplasmique encore indivis.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Pour examiner avec le plus d'ordre et de la façon la plus complète possible les nombreux symptômes mentionnés dans les observations précédentes, nous avons pensé que la meilleure méthode était la suivante : nous avons recherché les signes, pour ainsi dire classiques, du cancer du foie, et ensuite nous nous sommes appliqué à les retrouver dans les observations. Nous avons ainsi pu arriver à établir qu'elles étaient les manifestations les plus constantes de cette maladie ; après quoi, nous avons formé un petit groupe de phénomènes qui nous ont paru mériter plus d'attention qu'on ne leur en attribue généralement.

Les symptômes du cancer, du foie peuvent se diviser en deux groupes. Le premier comprend les signes dépendant directement de la lésion hépatique. Le second renferme les phénomènes généraux, dont la présence est indispensable au diagnostic.

Au premier appartiennent : l'augmentation de volume du foie, l'hypocholie ou l'acholie et ses conséquences, (décoloration des fèces, colorations des urines par les pigments biliaires et modifications chimiques, ictère) l'ascite et les circulations veineuses complémentaires de

la paroi abdominale et enfin l'œdème des membres inférieurs.

A la seconde classe, on peut attribuer : la perte d'appétit, l'amaigrissement, la perte des forces, les douleurs localisées dans l'hypocondre droit ou irradiées dans l'épaule droite. Les souffles systoliques du cœur et enfin, le grand symptôme des néoplasmes, la cachexie.

Augmentation de volume du foie. — Ce symptôme nous a paru de beaucoup le plus fréquent et il est, du reste, bien facile de comprendre toute son importance.

La glande hépatique a pu atteindre des dimensions énormes, remplissant toute la cavité abdominale. L'observation I signale une hypertrophie considérable, mais assez tardive, puisque le malade ne s'en plaint pas au moment où, quelques jours avant sa mort, la percussion dénote un foie de 26 centimètres de hauteur sur la ligne mamelonnaire.

Dans l'observation II, ce qui frappe surtout, c'est l'augmentation très rapide de l'organe. En huit jours, ses dimensions passent de 22 centimètres de hauteur sur la ligne mamelonnaire à un volume tel que tout l'abdomen semble rempli par lui le jour de l'autopsie.

Dans l'observation III, l'organe hépatique grossit encore plus vite, puisque le 8 mai, la palpation ne dénote encore rien d'anormal et que le 21 mai, jour du décès, la tumeur descend à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

L'observation IV nous permet de suivre mieux encore la marche progressive du néoplasme. Le 8 décembre on perçoit le bord du foie à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes ; le 18, ce bord tranchant est au niveau

de l'ombilic ; le 24 du même mois, au-dessous de l'ombilic et, à l'autopsie, le foie pesait 5 kg. 330.

Dans l'observation V, le foie, d'une hauteur de 8 pouces, s'étendait depuis la quatrième côte jusqu'au niveau de l'ombilic et, malgré ce développement extraordinaire n'avait pas attiré l'attention du malade.

Observation VI : Le foie présente, dès l'entrée du malade à l'hôpital, une hauteur de 23 centimètres sur la ligne mamelonnaire, chiffre qui ne varie pas jusqu'à l'autopsie faite vingt jours après.

Observation VII : L'augmentation de volume de la glande hépatique a été le premier phénomène remarqué par le malade, six semaines avant la mort. Cet organe mesure, quinze jours avant l'autopsie 32 centimètres sur la ligne mamelonnaire et, quelques jours plus tard, on lui trouve un poids de 9 kg. 935.

Observation VIII : Le foie ne présente pas une hypertrophie aussi énorme, et du chiffre de 7 centimètres constaté le 3 janvier, il ne passe qu'à celui de 9 centimètres le 12 du même mois.

Observation IX : La tumeur s'est montrée pour la première fois vers le 1^{er} octobre. Le 6 novembre, la matité descend « presque jusqu'au bassin » et remonte jusqu'à 1 pouce et demi au-dessous du mamelon. Le 8, elle est encore plus bas et, d'autre part, n'est plus distante du mamelon que d'un quart de pouce. Enfin l'autopsie permet de constater un foie de 12 pouces et demi de hauteur.

Observation X : Une ascite assez considérable empêche de reconnaître tout d'abord le volume du foie. Une ponction permet de constater que son bord dépasse les fausses côtes d'un travers de doigt. Un mois plus

tard, à l'autopsie, il ne s'est abaissé que d'un travers de doigt.

Observation XI : Le foie descend jusqu'à l'ombilic et ne paraît pas avoir augmenté considérablement pendant le séjour du malade à l'hôpital.

Observation XII : Le bord hépatique dépassant de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes s'abaisse lentement mais progressivement jusqu'à la mort, sans atteindre un niveau extraordinaire.

Observation XIII : Ici encore le foie n'est pas très gros. Son évaluation d'abord gênée par le météorisme de l'abdomen est exactement fixée, par l'autopsie, à un poids de 2 kg. 590.

Observation XIV : La distension de son abdomen inquiète fort peu le malade et cependant la percussion révèle une matité de 29 centimètres de hauteur, s'étendant depuis la ligne bi-mamelonnaire jusqu'à 6 centimètres au-dessous de l'ombilic. A l'autopsie, on trouve un poids de 9 kg 500.

Observation XV : Le foie était, chez cette malade, si peu volumineux que ni elle-même, ni les médecins qui l'ont examinée n'ont eu l'attention attirée sur cet organe. C'est à l'autopsie seulement que les lésions hépatiques ont été découvertes. Ces signes négatifs avaient, du reste, contribué à égarer le diagnostic.

Observation XVI : Le foie, d'abord un peu hypertrophié et très dur, fait croire à un kyste hydatique. Ce n'est que tardivement que son brusque accroissement fait penser au cancer. L'autopsie montre une tumeur de 15 livres et demie.

Nous avons insisté un peu longuement sur les chiffres

fournis par les examens cliniques et les autopsies pour l'augmentation du volume hépatique. C'est que l'importance de ce signe est considérable et que, comme nous le verrons par l'analyse des autres symptômes, c'est le plus caractéristique et c'est sur lui que l'on doit le plus compter pour établir son diagnostic.

Le deuxième signe que nous étudierons sera l'hypocholie et ses conséquences. La suppression de l'écoulement normal de la bile ou plutôt la fausse direction que prennent les pigments biliaires a une triple répercussion sur l'organisme : décoloration des fèces, coloration des urines et modifications chimiques, ictère.

Observation I : Aucun des signes précédents ne s'est montré de bonne heure. La teinte subictérique des conjonctives n'est notée qu'une semaine avant la mort. La décoloration des matières fécales n'a pas été observée. L'analyse des urines faite quelques jours avant le décès indique une forte diminution de la quantité d'urée (1 gramme seulement par litre). Par contre, les urates sont considérablement augmentés et donnent un précipité abondant.

Observation II : La coloration jaune, très clair, des sclérotiques n'apparaît que trois jours avant la mort. Les selles sont normales. Les urines n'ont pas été examinées.

Observation III : Ici, les trois symptômes se retrouvent et sont précoces. L'ictère est apparu un mois avant la mort, en même temps que la décoloration des selles et la couleur rouge orangé des urines.

Observation IV : Aucun des trois symptômes qui nous occupent ne s'est montré chez ce malade.

Observation V : L'ictère des conjonctives est noté

dès l'entrée à l'hôpital, quinze jours avant la mort ; mais cette teinte jaunâtre paraît remonter à une date très antérieure (quatorze ans). Cette coloration d'abord légère et localisée, se fonce bientôt et envahit tout le tégument externe. Rien d'anormal ni du côté des selles, ni du côté des urines.

Observation VI : Les trois signes des troubles de la sécrétion biliaire sont réunis ici : ictère, de plus en plus foncé, décoloration des selles, pigments biliaires dans les urines sont signalés dès l'arrivée à l'hôpital, trois semaines avant la terminaison fatale.

Observation VII : Ni ictère, ni décoloration des selles. Par contre, les urines ont la couleur caractéristique et la quantité d'acide urique est de 2 gr. 612 par jour ; le taux de l'urée restant plutôt élevé (36 grammes).

Observation VIII : La jaunisse a duré quatre semaines et est très foncée. Les urines sont rares, contenant des pigments et des acides biliaires. Rien de signalé pour les matières fécales.

Observation IX : Dix jours avant la mort, à l'entrée du malade à l'hôpital, on observe un ictère assez marqué sur la peau et les conjonctives. Les urines, de densité normale, contiennent beaucoup d'urates, mais peu de pigments biliaires.

Observation X : Pas d'ictère. Les selles et les urines n'ont pas été observées.

Observation XI : Une légère teinte subictérique des conjonctives est le seul phénomène noté.

Observation XII : Pendant le court séjour (3 jours) de la malade, on remarque un ictère bien net et une coloration jaune, non seulement des urines, mais encore des selles ;

Observation XIII : Le malade présente une teinte ictérique des conjonctives et les urines contiennent des pigments biliaires.

Observation XIV : Les urines ont la couleur de brique pilée. Mais on n'a remarqué ni ictère, ni décoloration fécale.

Observation XV : Absolument aucun phénomène biliaire.

Observation XVI : A la période terminale seulement, on note la coloration subictérique des conjonctives.

Les infiltrations de sérosité dans le tissu cellulaire devraient, semble-t-il, être fort constantes, avec un tel obstacle apporté à la circulation de retour des membres inférieurs. Au contraire, nous ne retrouvons que rarement ces phénomènes, aussi bien que les circulations veineuses collatérales, qui leur sont si intimement rattachées.

Aucun de ces symptômes n'est porté dans les observations I, III, IV, VII, IX, XV et XVI. L'ascite seule est notée dans les observations II, V, VI, X, XI, XII, XIII, XIV ; encore, est-il à remarquer son peu d'étendue et son peu de netteté ; il s'agit plutôt d'une distension de l'abdomen par la tumeur hépatique que d'un de ces épanchements considérables, comparables à ceux des cirrhoses. Enfin la circulation veineuse collatérale ne se retrouve que dans les observations VIII et XII, et bien peu développée.

Quant à l'œdème des malléoles ou du membre inférieur en entier, on le trouve rapporté exactement dans la moitié des observations. Tantôt il est très précoce ; c'est le premier phénomène ayant attiré l'attention ; tantôt, au contraire, il n'apparaît que quelques jours avant la mort.

Nous venons de passer en revue les accidents localisés au foie, ou tout au moins, en dépendant d'une façon directe. Voyons maintenant quels sont les troubles généraux provoqués par la lésion néoplasique. Il est tout d'abord à remarquer que, sauf un cas (obs. XVI), on n'a nulle part signalé de véritable cachexie. On ne retrouve pas de ces malades, vrais squelettes, dont l'émaciation paraît presque incompatible avec la vie.

Par contre, si ce degré extrême n'est pas atteint, on trouve les étapes intermédiaires et la perte d'appétit, les troubles digestifs et l'amaigrissement sont fréquemment notés.

La perte d'appétit est indiquée onze fois sur seize, comme symptôme initial.

Les troubles digestifs, vomissements et diarrhée apparaissent dans la même proportion, au début également. L'amaigrissement et la perte des forces, résultats immédiats des phénomènes précédents, ont souvent été la cause qui a déterminé les malades à entrer à l'hôpital. Dans tous les cas, sauf l'observation XV, où la mort a été subite, ces deux derniers signes ont été absolument constants au moment du décès.

La douleur est un symptôme fréquent dans toutes les affections du foie, surtout avec son siège dans l'hypochondre droit et ses irradiations dans l'épaule et parfois tout le côté droit. Elle est souvent signalée dans les observations.

Quatre observations seulement (III, VIII, X, XIII), passent sous silence ces phénomènes douloureux. Par contre, les cas où ils sont signalés indiquent des sièges et des irradiations assez divers. Le plus souvent, le malade

localise ses souffrances dans l'hypocondre droit (sept fois), souffrances soit spontanées, soit provoquées par la pression, soit encore irrégulières ou intermittentes. Les autres régions indiquées sont l'épaule droite (obs. I et IV), la jambe droite (obs. I) avec une période quotidienne s'étendant de 11 heures du soir au matin, l'abdomen tout entier, le flanc gauche. Cette douleur est parfois assez intense pour empêcher à elle seule la station debout, le sommeil et pour contribuer puissamment aux phénomènes d'amaigrissement et d'affaiblissement du patient.

Un symptôme assez souvent cité est le souffle systolique à la pointe. Ce signe assez inconstant et dont la pathogénie paraît, du reste, assez difficile à expliquer, ne se retrouve que quatre fois dans nos observations et encore n'est-il mentionné que deux fois d'une façon bien nette (obs. X et XIII).

Mais si le cancer du foie n'a qu'une répercussion modérée sur le cœur, il n'en est pas de même sur le poumon. On est frappé de voir que, sur seize cas, dix fois on a mentionné des troubles respiratoires à la base droite. Le plus souvent, l'auscultation révèle des râles sibilants, une respiration affaiblie ou soufflante, tantôt d'un seul côté, tantôt aux deux poumons. Faut-il ne voir là que des phénomènes de congestion banale, tels qu'on les observe chez les malades, surtout d'un âge un peu avancé, qui restent longtemps dans le décubitus ? Cette hypothèse paraît probable dans certains cas ; mais dans d'autres, bien plus nombreux, elle paraît peu vraisemblable. En effet, d'une part, le malade est encore jeune et, d'autre part, le séjour au lit n'a pas été d'assez longue durée pour avoir une influence aussi marquée. Avec des périodes de cinq semaines (obs. I),

vingt-quatre jours (obs. II), quatre semaines (obs. IV), de cinq et six semaine (obs. VI et VII), il est bien difficile d'admettre l'unique action de la stase sanguine. N'y aurait-il pas plutôt une inflammation de voisinage, une pneumonie circonscrite, dépendant de la lésion hépatique ? Le contact intime du poumon avec le foie hypertrophié qui le refoule dans le thorax n'est-il pas un argument en faveur de cette hypothèse ?

Un dernier signe, sur lequel on n'a pas assez insisté et qui cependant a une importance de premier ordre, c'est l'élévation de température.

Malheureusement, les modifications thermiques n'ont pas été mentionnées dans un certain nombre d'observations. Des chiffres que nous avons, il ne résulte pas moins que la température évolue parallèlement à la marche de la maladie. Sur seize observations, la fièvre est signalée neuf fois, l'apyrexie deux fois et enfin, dans cinq cas, on n'a aucun renseignement. Quoi qu'il en soit, les écarts thermométriques ne paraissent pas très considérables. Le chiffre moyen est 38 degrés. D'une façon générale, la courbe thermique semble s'élever le soir, sans jamais descendre dans la journée jusqu'à l'apyrexie. Le pouls est accéléré. On a parfois noté quelques frissons.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Nous avons passé en revue les symptômes que l'on retrouve ordinairement dans les cas de cancer du foie à marche normale et la conclusion qui ressort nettement de cet examen, c'est que ces signes sont tous ou presque tous insuffisants, soit à cause de leur inconstance, soit à cause de l'irrégularité de leur apparition.

Avant de rechercher quels sont ceux d'entre eux sur lesquels on devra baser son diagnostic, il est intéressant de demander des renseignements aux antécédents des malades.

On a récemment démontré les rapports évidents qui existent, dans le cancer de l'estomac, entre l'âge peu avancé des sujets et la rapidité de la marche de la maladie. N'en serait-il pas de même pour le foie ?

Tout d'abord, il est une chose à remarquer : le cancer qui nous occupe ici est toujours une lésion primitive du foie. D'autre part, il est assez naturel que les néoplasmes secondaires hépatiques se retrouvent chez des malades déjà âgés, puisque c'est chez ces personnes-là que se développent surtout les affections primitives. Ceci peut expliquer, dans une certaine mesure, que ces cancers appartiennent plutôt à l'âge adulte.

Pourquoi leur évolution est-elle si rapide? Y a-t-il un rapport entre leur marche et leur forme histologique? C'est ce que nous examinerons plus loin.

Quoi qu'il en soit, il est facile de constater cette jeunesse relative et les cas les plus typiques sont précisément ceux de sujets âgés de 34 ans (obs. I), de 36 ans (obs. II), de 45 ans (obs. III), de 48 ans (obs. IV), de 31 ans (obs. VI), de 37 ans (obs. VII), de 24 ans (obs. IX), de 44 ans (obs. XIV), de 49 ans (obs. XV) et de 28 ans (obs. XVI).

Ces chiffres sont assez significatifs et l'on peut accepter les conclusions de Murchison : « On peut ajouter que, d'une façon générale, la durée du cancer est proportionnelle à l'âge du malade; au-dessous de quarante ans, le cancer nodulaire a une marche suraiguë et tue en moins de deux mois. »

Une autre donnée, qui paraît d'une certaine valeur, peut être encore tirée des antécédents des malades. C'est ce que l'on pourrait appeler les antécédents hépatiques : paludisme et alcoolisme.

L'impaludisme n'est signalé que trois fois (obs. VI, VII et XII) et n'offre, par conséquent, pas grand intérêt. Il n'en est pas de même pour l'alcoolisme. On le trouve mentionné exactement dans la moitié des observations (I, IV, VII, VIII, X, XIV, XV, XVI). Si l'on considère qu'il est, dans presque toutes les autres, passé sous silence, on peut penser non sans quelque raison, que sa présence, si fréquente, est tout au moins insolite. Ne pourrait-il pas prédisposer le foie, amener un léger degré de cirrhose grâce auquel le néoplasme évoluerait plus à l'aise?

Nous allons examiner la valeur qui doit être attribuée à

chacun des signes que nous a procurés l'analyse des observations. Nous chercherons ensuite à en faire la synthèse.

Des phénomènes extérieurs, l'augmentation de volume du foie est certainement un des plus importants. Malheureusement cette hypertrophie est commune à bien des affections hépatiques. Comment la distinguer de l'hypertrophie de la cirrhose alcoolique, du kyste hydatique.

On a dit que l'ictère était constant dans la cirrhose hypertrophique et qu'il manquait dans le cancer primitif du foie. Or, dix fois sur seize, nous avons la preuve nette du contraire. La marche de l'hypertrophie est la même dans les deux affections, quoique un peu plus rapide dans le cancer.

On peut encore facilement confondre le néoplasme hépatique avec un kyste hydatique. Le diagnostic différentiel, basé sur la différence de consistance, est bien illusoire pour peu que la paroi abdominale soit infiltrée. Les autres symptômes du kyste, le développement plus lent et moins uniforme, auraient certainement plus d'importance.

La valeur diagnostique de cette hypertrophie augmentera considérablement grâce à deux autres sources de renseignements coexistants. C'est d'abord la palpation. Un foie parsemé de nodosités et d'irrégularités, comme on le trouve plusieurs fois signalé, ne ressemblera en rien au foie très régulièrement lisse de la cirrhose alcoolique ou à la tumeur globulaire du kyste hydatique. Cette donnée morphologique est assez nette pour pouvoir être perçue malgré un œdème des parois abdominales.

Le second symptôme est l'infiltration du tissu cellulaire,

soit aux jambes, soit au scrotum, soit à l'hypogastre. Cette ascite, à laquelle sera parfois jointe une circulation veineuse collatérale sera presque caractéristique, coexistant avec un volume énorme de l'organe. Elle différenciera nettement le cancer de la cirrhose hypertrophique.

L'ictère est à la fois un signe utile et défavorable. Utile, lorsque la tumeur évoluant rapidement et à faible bruit, il attirera l'attention du côté de l'organe biliaire. Défavorable, puisque l'on admet presque dans tous les ouvrages de pathologie que le cancer du foie n'est pas accompagné de jaunisse, tout au moins le cancer massif. Il pourra donc dans ce cas égarer le diagnostic plutôt que le fixer.

Nous en dirons à peu près autant des douleurs. Certainement ces souffrances irradiées à l'épaule droite ou fixées dans l'hypocondre droit provoqueront un examen minutieux de la région. Mais il ne faudra pas compter en tirer de renseignements pour la distinction entre le calcul, l'abcès, le kyste et le cancer du foie.

Ce rôle d'avertisseur du trouble de la sécrétion biliaire sera encore celui de la décoloration des selles et de la coloration en rouge des urines par les pigments. Ainsi sera très nettement indiquée la lésion des voies d'excrétion de la bile. Mais tout se bornera là en tant qu'indice utile.

La perte d'appétit, la perte des forces, l'amaigrissement, la cachexie forment un groupe qui aurait beaucoup d'importance si un ou plusieurs de ces symptômes ne faisaient pas toujours défaut et si les autres se présentaient plus régulièrement. Malheureusement la lésion du foie, bien reconnaissable dans son étendue sinon dans sa nature, explique suffisamment cette déchéance de l'orga-

nisme et le diagnostic de cachexie cancéreuse ne frappe nullement l'esprit.

La présence d'un souffle systolique à la pointe du cœur, peut-être simple coïncidence, est trop irrégulière et n'a aucune valeur.

Restent deux signes : en premier lieu, les lésions pulmonaires dont nous avons déjà parlé et qui, pour les raisons énoncées plus haut, mériteraient peut-être d'être examinées de plus près.

En second lieu, le signe qui seul pourrait être, jusqu'à un certain point, caractéristique, l'élévation de température. Nous avons déjà dit quel était l'aspect de cette modification thermique. Depuis longtemps cette élévation thermométrique avait été remarquée et Aussourd, dans sa thèse, à qui nous empruntons ces quelques renseignements, l'avait longuement démontrée.

Ces accès de chaleur sont précédés ou non d'un frisson court. Il se produit un accès chaque jour, rarement deux. Le pouls varie de 80 à 112. On ne trouve pas de type bien défini, cependant la fièvre a une tendance à s'élever dans la soirée.

La pathogénie du mouvement fébrile a été assez discutée. Virchow l'attribue à une résorption de produits toxiques. Lucke l'avait subordonné à une action sur la circulation.

On avait prétendu que la température ne se montrait dans les cas de cancer que dans les quatre circonstances suivantes :

- 1° Inflammation, ramollissement aigu, ulcération ou suppuration des tumeurs;
- 2° Inflammation ou lésions diverses des organes voisins ;
- 3° Généralisation ou cachexie ;

4° Maladies intercurrentes (pneumonies, érysipèle).

Aunourd, dans sa thèse de doctorat, démontre que dans les tumeurs en général et celles du foie en particulier, l'élévation de température est souvent provoquée par une marche aiguë.

Dieulafoy remarque aussi que le cancer fébrile a une évolution plus rapide.

Enfin Monneret, comme conclusions des signes de diagnostic du cancer hépatique, dit que le diagnostic de néoplasme sera confirmé, « si une notable exacerbation se fait apercevoir dans les symptômes, telle que la fièvre, la céphalalgie (cette exacerbation ayant lieu vers la fin du jour ou de la nuit) ».

Il n'est pas, en somme, sans intérêt, au point de vue pronostic, de mettre en parallèle d'une part l'âge du malade et d'autre part l'évolution de la maladie et l'état de sa température. Nous avons dressé ce tableau pour les dix premières observations seulement, les six dernières formant une catégorie spéciale.

	OBS. I	OBS. II	OBS. III	OBS. IV	OBS. V
Age. . . .	34 ans	36 ans	45 ans	48 ans	51 ans
Température	non mentionnée	Fièvre	Fièvre	Fièvre	Fièvre
Durée de la maladie . .	5 semaines	24 jours	4 semaines	4 semaines	5 semaines
	OBS. VI	OBS. VII	OBS. VIII	OBS. IX	OBS. X
Age. . . .	31 ans	37 ans	64 ans	24 ans	67 ans
Température.	non mentionnée	non mentionnée	Fièvre	Fièvre	non mentionnée
Durée de la maladie . .	5 ans	6 semaines	7 semaines	7 semaines	8 semaines

Mais avec tant de symptômes incertains, comment pourra-t-on faire pour établir son diagnostic, sur quoi faudra-t-il se baser.

En réalité, ces cas à marche aiguë de cancer du foie, se ramènent à deux types dont la description sera la meilleure conclusion de cette discussion.

1° *Forme suraiguë.* — Ce groupe comprend nos dix premières observations.

Un malade se présente à l'hôpital, se plaignant soit de quelques vagues troubles gastriques, soit de douleurs dans le côté droit. On l'interroge, on ne découvre rien comme antécédents pathologiques, ni personnels, ni héréditaires. Sa santé a toujours été bonne; tout au plus peut-on relever un alcoolisme plus ou moins ancien. L'âge est peu avancé et le sujet paraît très vigoureux.

On l'examine soigneusement : on trouve soit un peu de pâleur, soit une légère teinte subictérique aux conjonctives. L'amaigrissement est peu marqué, la maladie ne remontant, en général, qu'à une ou deux semaines.

Du côté du cœur, rien d'anormal ou un souffle systolique à la pointe.

Du côté du poumon, quelques râles, quelques phénomènes assez fugaces.

Du côté du système digestif, parfois un peu de dégoût pour les aliments; pas de vomissement. Les fonctions de nutrition s'accomplissent assez régulièrement. Les selles sont normales ou un peu décolorées, les urines généralement foncées.

Du côté du foie, on note une certaine hypertrophie, l'organe n'est pas ou peu douloureux à la pression.

Par contre, la température est un peu au-dessus de la normale et l'élévation s'accuse surtout le soir.

On pense soit à un embarras gastrique, soit, comme dans quelques-uns de nos cas, à une hépatite interstitielle aiguë, à une fièvre typhoïde, à une variole, à un kyste hydatique. D'une façon générale, le pronostic est peu sévère.

Brusquement, les choses changent complètement et ce qui, tout d'abord, attire l'attention, c'est le foie qui grossit sous la main. En quelques heures, en quelques jours, son volume double. En même temps apparaissent des accidents produits par la gêne de la circulation et la palpation abdominale devient plus délicate.

Cette aggravation et cette rapidité dans la marche de la maladie font faire un pronostic plus mauvais, mais, malgré cela, on est encore surpris lorsqu'on voit arriver, dans un aussi bref délai, le délire ou la stupeur, phénomènes précurseurs d'une mort qui survient de trois à sept semaines après le début de la maladie.

Le second type clinique est moins net, en ce que la période d'acuité succède à une période pendant laquelle le sujet n'était déjà plus dans un état physiologique. Ici, le symptôme de début constant, c'est la perte d'appétit et l'affaiblissement. Cette diminution de forces et quelques troubles gastriques se prolongent pendant six semaines à deux mois et inquiètent le malade. Au moment où celui-ci songe enfin à se faire soigner, apparaît la période aiguë qui est ici encore plus courte. L'organisme déjà épuisé par les accidents antérieurs, lutte moins longtemps et ce n'est même plus par semaines, mais par jours que se mesure l'évolution de la maladie.

Dans un cas comme dans l'autre, il peut se faire que le diagnostic soit hésitant jusqu'à la fin. C'est alors l'autopsie seule qui expliquera une marche si rapide et une mort si imprévue.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen anatomo-pathologique doit être fait au point de vue macroscopique et microscopique.

Examen macroscopique. — Les observations nous apportent des données assez nombreuses et assez précises. Pour étudier ces notions d'une façon plus régulière, nous allons les comparer aux descriptions classiques.

On divise les lésions néoplasiques du foie en cancer massif et cancer nodulaire, formes bien distinctes et ayant des caractères bien particuliers.

A. *Cancer massif.* — L'examen extérieur ne présente ni déformation, ni bosselures. On a affaire à une hypertrophie de tout l'organe ou d'un de ses lobes seulement. Cette hypertrophie peut être très considérable. La surface est lisse et parsemée de marbrure.

Si l'on coupe cet organe, on voit que l'intérieur est rempli par une masse lardacée, molle, donnant par le raclage du suc cancéreux.

Ces lésions siègent surtout dans le lobe droit. Du reste, leur situation, par rapport au tissu resté sain, permet de faire une subdivision en *cancer diffus*, arrivant, sans limite bien nette, jusque sous la capsule de Glisson,

et en *cancer en amande*, où le tissu néoplasique est englobé par le tissu hépatique normal.

Si, à ce tableau rapide du cancer massif, on compare les descriptions des observations, on est frappé de leur similitude.

Du reste, cette forme est la moins commune, et nous ne la retrouvons que quatre fois. Dans trois cas (obs. I, IV, XIV), le tissu néoplasique a envahi tout l'organe ou seulement le lobe droit. Dans le quatrième (obs. X), le cancer est enclavé dans une gangue de tissu sain.

B. *Cancer nodulaire*. — Ici, l'aspect du foie est tout différent. Sa surface, au lieu d'être lisse et unie, présente de nombreuses saillies. Ces nodosités néoplasiques affectent la forme de petits mamelons déprimés en cupule à leur sommet. Leur dimension varie de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une orange volumineuse.

Ces nodosités se retrouvent, du reste, dans l'intérieur de l'organe et, à la coupe, on voit ces petites masses séparées par du tissu sain. Elles sont facilement reconnaissables grâce à leur coloration blanchâtre ou jaunâtre.

D'ailleurs, le poids total du foie est considérablement augmenté. Mais sa forme générale est moins bien conservée que dans le cancer massif.

Cette disposition nodulaire est de beaucoup la plus fréquemment signalée dans nos observations. Dans onze cas, on retrouve ce foie à surface irrégulière et à petites tumeurs dures. Parfois, le tissu glandulaire est presque entièrement détruit. Parfois aussi, on ne découvre que quelques nodosités bien limitées et qui, la plupart du temps, viennent faire saillie sous la capsule de Glisson.

Outre la forme bosselée du foie, un autre point attire

l'attention ; à l'autopsie, c'est le volume et le poids de l'organe. Dans l'observation XV, on donne le foie comme peu volumineux, et dans l'observation VIII, le poids n'est que de 1900 grammes. Mais à côté de ces chiffres faibles, nous relevons des foies de 2 kg. 590 (obs. XIII), 5 kg. 330 (obs. IV), 5 kg. 800 (obs. I), 15 livres 1/2 (obs. XVI), 9 kg. 335 (obs. VII), 9 kg. 500 (obs. XIV). Dans les autres cas, le poids de l'organe n'a pas été exactement noté ; mais on dit toujours que l'abdomen en était comblé.

En somme, l'inspection à l'œil nu de ces diverses lésions n'offre qu'un intérêt assez restreint. Les seules conclusions que l'on puisse en tirer c'est que, étant donné la fréquence plus grande de la forme nodulaire, le diagnostic pourrait, peut-être, être aidé par la palpation dans les cas où l'on peut facilement saisir le foie. Il y a aussi à remarquer ce rapport si constant entre la rapidité de l'évolution et l'exagération de volume de l'organe hépatique.

CHAPITRE V

EXAMEN MICROSCOPIQUE

L'examen microscopique est assez délicat à résumer, car une grande partie de nos observations reste muette à ce sujet, et les notions fournies par les cinq cas où l'examen a été fait sont assez difficiles à apprécier, à cause des différences de classification.

Cependant, sur les conseils de M. le professeur Bard, nous avons recherché, dans les examens histologiques, sous quelle forme s'étaient surtout présentés les éléments néoplasiques.

Au point de vue du stroma, il n'y a rien de particulier à signaler. Les travées conjonctives n'offrent que des lésions assez variables et assez banales.

Il n'en est pas de même du tissu hépatique lui-même et nous avons cru devoir reproduire ici les passages des autopsies s'y rapportant.

Observation I. — Infiltration continué par des cellules épithéliales rondes, petites, colorées, très pauvres en protoplasma. Noyaux bien colorés, multinucléolés. Le type est très embryonnaire et encore indéterminé; il rappelle beaucoup l'aspect du cancer thyroïdien, mais pas de substance colloïde. Les vestiges du parenchyme hépatique sont en dégénérescence graisseuse.

Observation VIII. — Les cellules contenues dans les deux poches du foie, dans les ganglions du hile, ainsi que dans le tronc et dans les ramifications de la veine porte, dérivait d'une façon évidente des cellules hépatiques. Elles en possédaient le protoplasma fortement granuleux, coloré en jaune brun par le picro-carmin et, de plus, semblaient en avoir conservé les fonctions, si l'on en juge par les granulations biliaires qu'elles contenaient... mais elles en différaient non seulement par la bizarrerie de leur forme et de leur dimension, mais encore par le caractère de leurs noyaux. Ceux-ci, souvent énormes, pouvant atteindre jusqu'à plus de 30 μ de diamètre, mal limités dans leurs contours, colorés en rose par le picro-carmin.

Observation X. — Les cellules sont de petite taille et possèdent un diamètre notablement inférieur à celui des cellules hépatiques. Leur noyau arrondi, d'un diamètre à peu près égal à celui des cellules hépatiques se colore vivement par le picro-carmin...

Les cellules hépatiques cèdent la place aux cellules épithéliomateuses qui apparaissent avec les caractères que nous avons indiqués.

Les secondes dérivent-elles des premières ? Le fait paraît vraisemblable mais, à cause des altérations dont les cellules hépatiques sont le siège, il est impossible de l'affirmer.

Observation XIII. — A un fort grossissement, ils (les nodules néoplasiques) se montrent formés d'éléments d'un diamètre notablement inférieur à celui des cellules hépatiques. Ces éléments nombreux, serrés, de forme polyédrique, possédant un noyau arrondi ou ovalaire,

d'un diamètre égal ou inférieur à celui des cellules hépatiques, coloré en rose par le picro-carmin et un protoplasma fortement granuleux, coloré en jaune brun par le picro-carmin.

Observation XVI. — Les éléments cancéreux... sont remarquables par leur similitude de forme, de dimension et de coloration. Ils sont tous polyédriques par pression réciproque et globulaires à l'état d'isolement. En aucun point, ils ne deviennent cylindriques ou fusiformes.

Ce qui ressort bien nettement de ces examens histologiques, c'est que c'est partout, non pas le stroma, mais le tissu glandulaire même du foie qui est touché par la lésion cancéreuse. Il semble y avoir un lien étroit entre cette lésion parenchymateuse et la forme clinique un peu particulière. Les cellules néoplasiques affectent toutes une forme se rapprochant ou tendant à se rapprocher de la forme globulaire. Elles sont parfois polyédriques ou irrégulières, mais c'est seulement à cause de la compression et du tassement. Dans aucun cas elles ne sont cylindriques.

La lésion épithéliomateuse provenant des cellules hépatiques, à forme arrondi, a conservé cette même forme. Si l'on considère, de plus, les analogies, toujours mentionnées, outre la disposition des noyaux, l'aspect de ces cellules et des anciennes cellules hépatiques, on voit qu'une fois de plus se trouve vérifié ce principe posé par M. le professeur Bard : « Toute tumeur, non seulement tire son origine d'une cellule de même type de l'organisme normal, mais encore, elle emprunte aux propriétés spécifiques de sa cellule fondamentale, toutes les particularités de sa structure et de son influence sur l'organisme ».

CONCLUSIONS

I. La durée du cancer hépatique est, le plus généralement, de six mois à un an. Dans quelques cas à marche aiguë, la maladie évolue en quelques semaines.

II. La forme aiguë s'observe surtout chez des sujets n'ayant pas ou ayant à peine dépassé l'âge moyen de la vie. La marche est, en général, d'autant plus rapide que le malade est plus jeune.

III. Dans la forme aiguë, l'accroissement du foie est énorme et rapide. Il existe souvent une fièvre continue ou à rémission matinale. Par contre, les phénomènes d'affaiblissement et de cachexie sont, le plus habituellement, défaut.

IV. En présence de ces cas, l'attention est rapidement attirée sur le foie. Mais l'absence de tout symptôme cachectique rend très difficile le diagnostic de la nature néoplasique de la lésion.

V. Le cancer aigu prend le plus souvent la forme nodulaire. La prolifération néoplasique a, pour point de départ, le parenchyme lui-même. L'examen microscopique montre que les cellules néoplasiques se rapprochent, morphologiquement, des cellules épithéliales des travées hépatiques.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BARD.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRAL, Traité des maladies du foie.
AUSSILLOUX, Montpellier médical, 1877.
AUSSOURD, thèse de doctorat, Paris, 1882.
BARD et PIC, Cancer primitif du pancréas (Revue de médecine, 1888).
BROUARDEL, Traité de médecine.
BUDIN, Bulletin de la Société anatomique, 1874.
CAYLA, Gazette hebdomadaire de la Société des Sciences médicales de Bordeaux, 1883.
DIEULAFOY, Pathologie interne.
FRERICHS, Maladie du foie.
GIBERT, thèse de doctorat, Paris, 1886.
HANOT et GIBBERT, Traité des maladies du foie.
HAYEM et GIBBERT, Revue mensuelle de médecine, 1883.
ROUTIER, Bulletin de la Société anatomique, 1878.
MONNERET, Archives de médecine, 1855.
MURCHISON, Traité des maladies du foie.
ANDRAL, Archives de médecine.

